

СЗС № 1
СЗС/1



СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

1 том

(гуманитарный, психолого-педагогический,
административно-управленческий блоки)

Учебник для студентов факультета
высшего сестринского образования медицинских вузов,
под редакцией лауреата Государственной премии РФ,
заслуженного деятеля науки России,
академика Российской академии медицинских наук,
профессора А. Ф. Краснова

Рекомендован Управлением учебных заведений
Министерства здравоохранения Российской Федерации
в качестве учебника для студентов факультетов высшего
сестринского образования медицинских вузов,
руководителей сестринских служб
и подразделений учреждений здравоохранения

Москва 2000

Редакторы-составители:

**Начальник Главного управления здравоохранения
Администрации Самарской области,
засл. врач России профессор Р. А. Галкин;
заведующий кафедрой сестринского дела
Самарского государственного медицинского университета,
профессор С. И. Двойников**

С33 Сестринское дело. том 1 (гуманитарный, психолого-педагогический, административно-управленческий блоки)/ Под ред. А. Ф. Краснова. — С.: ГП «Перспектива», 2000. — 368 с. ISBN 5-900031-09- 8

Учебник написан коллективом авторов, возглавляемым лауреатом Государственной премии России, заслуженным деятелем науки РФ, академиком РАМН, профессором А. Ф. Красновым. В создании учебника приняли участие ведущие ученые и педагоги Самарского государственного медицинского университета, Московской медицинской академии им. М. И. Сеченова, Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, Оренбургской государственной медицинской академии. Во всех названных вузах действуют факультеты высшего сестринского образования.

Учебник соответствует квалификационной характеристике и учебному плану подготовки менеджера сестринского дела (специальность — 040600), утвержденной Министерством здравоохранения РФ. В данном учебнике представлены блоки гуманитарных, психолого-педагогических, административно-управленческих дисциплин, способствующих развитию и совершенствованию интеллекта будущего специалиста, чего так не хватает в деятельности нашей высшей школы. Профессиональный блок сестринских дисциплин, предусматривающий деятельность медицинской сестры-руководителя в терапии, хирургии, педиатрии, акушерстве и гинекологии и в других направлениях будет представлен в следующей книге. Предназначается для студентов факультета высшего сестринского образования медицинских вузов, учащихся отделений повышения квалификации колледжей, а также главных и старших медицинских сестер.

В книге: 9 рис., 7 табл., библиография — 132 названия.

Рецензенты:

**д. м. н., декан факультета ВСО Курского государственного
медицинского университета А. И. Лазарев;
зам. председателя Проблемной комиссии по сестринскому делу
при Министерстве здравоохранения РФ Т. В. Коваленко;
президент Российской ассоциации медицинских сестер В. А. Саркисова**

НАПРАВЛЕНИЯ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В последние годы стал очевидным глубочайший кризис, охвативший российское здравоохранение. Свидетельством его явилось сокращение средней продолжительности жизни и рождаемости, рост дефицитности медицинских услуг, снижение качества медицинской помощи, забастовки медиков и другие негативные явления. Конечно, причина кризисов не только и не столько в системе здравоохранения, сколько в самом социальном строе, существующем в нашей стране. Здравоохранение не может развиваться в обществе и быть свободным от него. Здоровье нации есть следствие социального и политического строя общества и как зеркало отражает все его успехи и невзгоды.

В связи с этим становится очевидным, почему для российского здравоохранения сейчас особенно актуальна проблема повышения эффективности медицинской помощи населению. И этого, в некоторой степени, можно достигнуть путем изменения подготовки новых специалистов сестринского дела. Медицинская сестра постоянно находится рядом с пациентом, именно от нее зависит во многом не только уход за больным, но и в конечном итоге выздоровление пациента.

Сфера деятельности медицинской сестры широка и многогранна. Это и здоровый человек с его проблемами, и окружающая среда, и профилактика заболеваний, и больной человек — обеспечение надлежащего сестринского ухода за ним, и, наконец, социально-психологические проблемы человека. В связи с этим подготовка медицинской сестры должна быть в корне изменена.

В последнее время уже наместились изменения в системе подготовки медицинской сестры. Если раньше на сестринские отделения медицинских училищ принимались школьники с 8-летним образованием, то в настоящее время общепринятым является общее среднее образование — 11 лет. Повсеместно внедряется многоуровневая подготов-

ка медицинской сестры, причем базовое сестринское образование составляет 3 года.

Проводимые изменения в области базового сестринского образования уже давно были необходимы и совершенно оправданы. Медицинские сестры, самый многочисленный отряд медицинских работников, трудятся в системе общей практики, поликлиниках, больницах, учебных и научно-исследовательских учреждениях, занимают при этом различные должности и выполняют самые разные функциональные обязанности, для чего им и необходим различный объем знаний. Однако, практическое здравоохранение нуждается во все более и более квалифицированно подготовленных медицинских сестрах. Это побуждает отдельные медицинские колледжи (1-й и 2-й Московские, Санкт-Петербургские и другие) вести поиск новых форм и средств обучения медицинских сестер продолжительностью 4 и даже 5 лет. Происходят изменения и в системе постдипломной подготовки медицинских сестер: разрабатываются новые программы, вводятся новые модули, создаются новые методические пособия.

В связи с переходом на рыночные отношения в отечественном здравоохранении, как и в других отраслях производственной и непроизводственной сфер, формируются различные формы собственности; осуществляется переход на бюджетно-страховую систему финансирования; развиваются индивидуально-коллективные формы оказания лечебных и санитарно-профилактических услуг. Это предполагает принципиально новую подготовку звена руководителей системы здравоохранения. В условиях перехода на рыночные отношения лечебно-профилактические учреждения, независимо от формы собственности и организационно-правового статуса, должны гарантировать населению квалифицированную медицинскую помощь.

Улучшение эффективности работы лечебных учреждений во многом зависит от профессиональных и личностных качеств руководителей сестринских служб: главных и старших медицинских сестер. Новые технологии в здравоохранении, новые методы диагностики и лечения, возросшие требования к качеству сестринского ухода — все это вызывает необходимость совершенно иного уровня сестринского образования, высокой степени компетентности и квалификации сестры-руководителя (главной и старшей медицинской сестры).

Аналогичные тенденции существовали и в других странах мира. Не случайно, с 1979 года в университетах большинства стран Западной Европы и Северной Америки начали работать сестринские факультеты, готовящие медицинских сестер по магистровским (мастерским) программам. В силу различных причин, в нашей стране первые факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах появились в гг. Москве и Самаре только в 1991 году.

Согласно Государственному стандарту подготовка специалиста с высшим сестринским образованием и его деятельность направлены на:

- оказание высококвалифицированной сестринской помощи, включая укрепление здоровья, профилактику заболеваний, непосредственный уход за больными и реабилитацию;

- планирование, организацию, управление и экономическое обеспечение эффективной работы сестринских служб и подразделений;

- организацию, обеспечение, управление и проведение педагогического процесса, связанного с подготовкой и переподготовкой сестринского персонала;

- проведение научных исследований по сестринской специальности;

- организацию и контроль за культурой производства, соблюдением этических и конституционных прав граждан: сотрудников, пациентов и окружающих их лиц.

Поэтому не случайно в программу подготовки медицинской сестры с высшим образованием входит широкий блок гуманитарных дисциплин. Это общемедицинский и клинический модули в соответствии с уровнем бакалавра, экономика и юриспруденция, психология и педагогика, лингвистика и логика, риторика и культурология, история и философия. В связи с этим представитель новой специальности получает необходимый и очень специфический объем знаний и навыков, нужный для работы администратора-управленца современного учреждения здравоохранения.

Предлагая новую концепцию высшего сестринского образования, автор и коллектив Самарского государственного медицинского университета исходили из следующих положений:

— население страны постоянно высказывает неудовлетворенность качеством оказания медицинской помощи специалистами различного уровня, но в большей степени — качеством сестринского ухода за больным;

— в стране отмечается рост количества пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, алкоголизмом и наркоманией, неумолимо увеличивается число больных с различными проявлениями иммунодефицита, инвалидов детства, труда и войны;

— ухудшается экологическая обстановка в стране и мире, основная масса населения отодвинута за черту бедности, резко сократилась средняя продолжительность жизни россиян, у молодежи отсутствует культура здоровья, быта и производства;

— медицинские учреждения работают по старинке, особенно это проявляется в организации и управлении деятельностью лечебно-профилактическими учреждениями;

— социалистическая система закладывалась в условиях «ликбеза» (ликвидации безграмотности) и за 70-летний период своей деятельности на многих уровнях не учитывался профессионализм и интеллект исполнителей. Медицинские сестры различного уровня — палатные, операционные, старшие и главные сестры в прошлом получали один уровень образования и отбирались на основе выдвижения лучших и наиболее профессиональных.

Целью концепции развития высшего сестринского образования является определение основных задач, направлений и этапов реформы образования, направленной на подготовку Академических сестер (высшее сестринское образование), соответствующих мировым требованиям, современному состоянию здравоохранения в РФ и медицинской науке, а также перспективам их развития в условиях перехода к рыночной экономике.

Предпосылками и условиями реализации данной концепции являются следующие моменты:

— необходимость поднятия престижа деятельности медицинской сестры как представителя самостоятельной и важной для здравоохранения страны профессии;

— внедрение в здравоохранение РФ концепции развития высшего сестринского образования, в соответствии с которой Академические медицинские сестры являются

важной частью технологической цепи организации оказания медицинской и медико-социальной помощи населению. Новые специалисты по уровню подготовки могут самостоятельно обеспечивать определенные виды деятельности, полностью отвечая за их конечный результат;

— введение в практику здравоохранения дифференцированной оплаты труда медицинской сестры в соответствии с уровнем ее образования, предоставлении возможности занятия более высокой должности (старшей и главной медицинской сестры, заведующей отделением) после получения высшего сестринского образования;

— организация и проведение научно-исследовательских работ по проблемам менеджмента и лидерства в сестринском деле, вопросам улучшения качества сестринского ухода, организации сестринского процесса в лечебных учреждениях;

— расширение и укрепление международного сотрудничества в области высшего сестринского образования;

— улучшение материальной базы медицинских вузов страны и медицинских учреждений за счет перехода на страховую медицину и рыночные условия деятельности;

— поддержка Министерства здравоохранения России в издательской деятельности учебной и учебно-методической литературы за счет заработанных и хозрасчетных средств.

Параграф 3, касающийся места работы новых специалистов, нуждается в уточнении. Если уровень старшей и главной медицинской сестры, а также преподавателя сестринского дела в медицинских училищах, колледжах и вузах не вызывает возражений и считается логически завершенным, то должность заведующего любым отделением — хирургическим, терапевтическим, педиатрическим, гинекологическим, тем более узкоспециализированным почем-то вызывает сомнения.

Позвольте рассмотреть эту проблему с профессиональных и социально-жизненных позиций. В настоящее время данные должности занимают наиболее опытные и авторитетные специалисты-профессионалы. Да, они хороши в хирургии, терапии и в других специальностях. Авторитет на их стороне и он их защищает. Значит и быть им **Старшими** специалистами своих направлений — **Старший** или **Главный** хирург, терапевт и так далее.

Что касается роли заведующего отделением, то для него, особенно на современном уровне, жизнь требует безупречных знаний **МЕНЕДЖМЕНТА, РЫНКА, БИЗНЕСА и РЕКЛАМЫ**. Это прежде всего — грамотная организация деятельности медицинского учреждения в рыночных условиях, когда от руководителя требуется знание экономики и права, психологии и педагогики, религии, этики и культуры медицинских работников, больных, их родственников, а также производства. Перечисленные и другие нужные гуманитарно-интеллектуальные данные получают именно специалисты нового поколения — Академические сестры. Первый опыт уже приносит нужные плоды, будущее за специалистами **Нового** поколения, они совместно с Медицинскими менеджерами со временем пересмотрят и поставят на новый нужный уровень не только Сестринское Дело, но и деятельность медицинских учреждений в целом.

Основными принципами проведения концепции развития высшего сестринского образования являются:

- интеграция высшего сестринского образования в европейскую и мировую системы Высшего образования;
- государственный характер медицинских Высших учебных заведений страны, обучение в которых основывается на гуманистическом характере, приоритетах общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободном развитии личности, общедоступности, светскости, связях с национальными и региональными культурными традициями, демократическом государственно-общественном характере управления образованием, свободе и плюрализме образования, а также независимости государственных вузов от идеологических установок и общественно-политических движений;
- создание объединенных учебно-научных комплексов-центров, объединяющих медицинские вузы и колледжи или медицинские училища;
- интегрирование учебных планов и рабочих программ факультетов высшего и базового сестринского образования;
- наряду с существованием очной формы обучения на факультете высшего сестринского образования необходима организация вечерней и очно-заочной форм обучения руководителей сестринских служб без отрыва их от работы

(однако, эти меры должны носить временный характер в переходный период и только для отдельных высоко зарекомендовавших себя специалистов на должностях старших и главных сестер).

Реализовать эти задачи можно только эволюционно в условиях общества с социально ориентированной рыночной экономикой и демократическими принципами охраны здоровья населения.

Созданию концепции способствовали следующие моменты. В 1989 году в Самарском государственном медицинском университете был создан Центр непрерывной медицинской подготовки, в которой в качестве структурной единицы вошло Куйбышевское медицинское училище им. Н. Ляпиной, ставшее в последующем Самарским медицинским колледжем. В 1991 году в университете был открыт один из первых в стране факультет высшего сестринского образования, а в 1993 году — первая в России кафедра сестринского дела, явившаяся учебно-методическим центром вуза по сестринскому делу.

По содержанию наша концепция состоит из семи блоков: организационного, методологического, медицинского, педагогического, правового, культурологического и экономического. Кратко рассмотрим основное содержание каждого блока.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ БЛОК ставит своей главной целью отбор перспективных специалистов, будущих лидеров сестринских служб лечебных учреждений. С 1990 года мы активно занимаемся проблемами базового и высшего сестринского образования, при этом детально проанализировали работу медицинских сестер различного уровня в лечебных учреждениях и считаем, что на факультете высшего сестринского образования университета имеют право на существование три формы обучения: дневное, вечернее и очно-заочное (последние две формы следует считать временной мерой на переходный период). На дневное отделение факультета высшего сестринского образования могут поступать как вчерашние выпускники медицинских училищ и колледжей, имеющие дипломы медицинских сестер или фельдшеров, так и сестры и фельдшеры, проработавшие в лечебных учреждениях и хорошо зарекомендовавшие себя там. Срок обучения — 4 года, при 36-часовой рабочей неделе.

На вечернее и очно-заочное отделения факультета принимаются формальные и неформальные лидеры сестринских коллективов учреждений здравоохранения, главные и старшие медицинские сестры, а также перспективные сестры, пользующиеся авторитетом и доверием как среди своих коллег, так и у руководителей лечебного учреждения. Срок обучения соответственно составляет 4,5 и 5 лет. Данная категория студентов принимается по направлениям лечебных учреждений на конкурсной основе: обучение на вечернем и очно-заочном отделениях осуществляется без отрыва от производства.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК – ставит своей целью отработать оптимальные учебные планы и рабочие программы на кафедрах университета, хорошо интегрированные с программами базовой подготовки медицинских сестер (в училищах и колледжах). В связи с этим, важным на наш взгляд, фактором стало создание единой системы непрерывного сестринского образования – «ступенчатости» образования. Эта система была предусмотрена нами при создании Центра непрерывной подготовки медицинских, сестринских и фармацевтических кадров в составе Самарского государственного медицинского университета с его клиниками, Самарского медицинского колледжа и медицинских классов средних образовательных школ. Будущее, на наш взгляд, заключается в еще более тесном слиянии медицинских университетов и колледжей, во вхождении колледжей в структуру университетов.

Тесно связан с вышеуказанным блоком – **ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ БЛОК**. Задача объединения в комплекс университета и медицинского колледжа объясняется стремлением к улучшению отбора наиболее способной части студентов колледжа, профориентацией, фундаментальной подготовкой по специальным дисциплинам. В результате повысилось качество подготовки медицинских сестер, улучшилась методика и методология преподавания. Этому во многом способствует открытый в последние годы в университете факультет повышения квалификации преподавателей медицинских училищ и колледжей. В свою очередь медицинский колледж помогает университету в проведении производственной педагогической практики студентов факультета высшего сестринского образования, а также практических занятий по уходу за пациентами у студентов

лечебного и педиатрического факультетов. Лучшие выпускники колледжа продолжают свое образование в стенах университета.

МЕДИЦИНСКИЙ БЛОК. В настоящее время, на наш взгляд, назрела настоятельная необходимость четкого определения содержания, характера и качества выполняемой работы медицинскими сестрами в зависимости от квалификации и базового образования. Например, одна подготовка нужна для медицинской сестры, работающей в палате, процедурном кабинете, или операционном блоке и совсем другая — для семейной медицинской сестры.

Поэтому необходимы разные уровни базовой сестринской подготовки. Уже сейчас многие медицинские колледжи работают по двухуровневой системе подготовки медицинских сестер. В процесс обучения медицинской сестры на различных курсах колледжа надо широко привлекать преподавателей кафедр вуза, а также его материальную базу.

ПРАВОВОЙ БЛОК. Высшее сестринское образование существует в большинстве стран мира. Необходимость подготовки медицинских сестер с высшим образованием обусловлена потребностями управления сестринскими службами, педагогической деятельностью в сфере подготовки медицинских сестер, проведением лечебно-профилактических мероприятий и формированием здорового образа жизни населения, выполнением научных исследований в области сестринского дела, соблюдением конституционных и гражданских прав медицинских работников, их пациентов, всех граждан.

Для реализации поставленных задач, в соответствии с учебным планом факультета, было создано несколько новых курсов и кафедр: сестринского дела, экономики и управления здравоохранения, семейной медицины, общей и медицинской психологии, социологии и политологии, лингвистики, логики и риторики, основы религии и культурологии, юриспруденции (курс права при кафедре судебной медицины).

КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК — предусматривает создание института культуры сестринского дела. Культура — это прежде всего мировая философия с ее уникальными многосторонними корнями и направлениями: этика и эстетика, лингвистика, логика и риторика; психология и

культурология и многие другие направления. Культура сестринского дела устанавливает основные этические обязанности медицинской сестры по удовлетворению потребностей пациентов в сестринском уходе за ними.

Культура сестринского дела включает и такие общечеловеческие ценности как человеческое достоинство, здоровье, независимость, эффективность, забота, уважение личности пациента, конфиденциальность. Все это определяет в конечном итоге **интеллект и интеллигентность личности** медицинской сестры. Особую роль в деятельности медицинской сестры занимает забота о других, милосердие, сопереживание с пациентом его боли, страдания и мучения. Этот альтруизм, к сожалению, неуклонно снижается и притом достаточно прогрессивно. Вместо него возрождается и процветает эгоизм и амбиции. Вот почему возникает острая необходимость восстановить в обществе, и прежде всего, в медицинской среде, интеллект и интеллигентность.

Интеллект (Intellectus) – слово латинское, в переводе означает «ум, разум, рассуждение, логика, мышление, творчество».

Интеллигент (Intelligentus) – также слово латинское, означает благомыслящий, т. е. правильно мыслящий, культурный человек.

ЮНЕСКО – отдел науки культуры ООН, объективно определяет уровень интеллекта по соответствующим международным стандартам, что именуется «Коэффициентом интеллекта» и обозначается «IQ» (ай-кью). Коэффициент интеллекта, равный 150 единицам, свидетельствует о гениальности человека. 130–150 единиц – талант. Максимальный коэффициент IQ, удостоенный быть отмеченным в книге Гиннесса, зарегистрирован в 210 IQ у южнокорейского гражданина. Экс-чемпион мира по шахматам Бобби Фишер имел коэффициент IQ равный 187 единицам. Наиболее интеллектуальными нациями считаются японцы – коэффициент IQ, равен в среднем 106 единицам, и англичане – 103 единицам. К сожалению, наши соотечественники занимают в этом «табеле о рангах» лишь 46 строчку.

Если сопоставить только приведенные цифры и факты, то нельзя остаться равнодушным с позиций сохранения интеллекта и культуры нашей медицины и общества в целом. Поэтому не случайно в нашем вузе и на факультете

высшего сестринского образования, в частности, нами введен мощный гуманитарный блок из полуторядесятка различных дисциплин, в том числе и такой предмет как культура сестринского дела.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ БЛОК — предусматривает платное обучение для 25–30% студентов. Оплату производят лечебные учреждения, которые направляют своих сотрудников на учебу, а также спонсоры. Особенно хозрасчетные формы обучения показаны для студентов вечернего и очно-заочного отделений факультета. Хозрасчетные студенты принимаются строго на конкурентной основе. В процессе обучения им предоставляется ряд льгот: уменьшенная группа, коррекция программ, право выбора преподавателей, обеспеченность учениками и улучшенное социальное и медицинское обслуживание за счет их хозрасчетных средств.

В то же время преподаватели вуза, работающие с хозрасчетными группами, получают дополнительный заработок, это является дополнительным мотивирующим фактором к повышению своего профессионального уровня, росту авторитета среди коллег и студенчества.

Студентам хозрасчетных групп дается право на индивидуальное обучение. Индивидуальное обучение — основа педагогики, ее сегодняшний и завтрашний день. В принципе, в будущем индивидуальность обучения должна прийти на смену валовому методу.

Таким образом, только в комплексе, во взаимодействии всех элементов концепции может быть достигнут успех подготовки любого специалиста, в том числе и медицинской сестры с высшим образованием, как наиболее сложной и ответственной специальности, от которой зависит судьба пациента. Именно наша концепция создает благоприятные условия для этого за счет целенаправленного подбора студентов, полиформной системы образования, с глубоким изучением необходимых фундаментальных и прикладных клинических дисциплин.

Изложен наш принцип подготовки медицинской сестры с высшим образованием. Нам кажется, что он заслуживает интереса и изучения в других медицинских вузах, а возможно и внедрения в практическую работу факультетов высшего сестринского образования страны.

РАЗВИТИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА КАК НАУКИ

«Любовь и забота — лучшее лекарство».
(Парацельс)

✓ Как всякая наука, сестринское дело имеет свою историю, которая охватывает тысячелетия. Зарождение медицины связано с ранними этапами развития человека и человеческого общества. Весьма реально, что вначале медицина была достоянием всех и каждого, а не профессией немногих избранников. Впоследствии, женщина, став главой человеческого рода, первой начала сознательно обобщать этот народный опыт и в силу своего ответственного положения в обществе, использовать его на практике в целях излечения сородичей. История дает основания полагать, что именно женщина была первым врачом нашей планеты, и народный эпос сохранил об этом добрую память. Женщина, как глава рода, заботилась не только о питании, поддержании очага, но также о благополучии и здоровье своих сородичей.

Древние славяне называли их «берегинями». Первобытный человек увековечил память о женщинах, оставив их изображения: каменные изваяния женщин-прародительниц, женщин-хранительниц домашнего очага. Женщин-«берегинь» находят сегодня на всех континентах и многочисленных островах нашей планеты в археологических слоях, относящихся к позднему палеолиту. Подробных данных о первых женщинах-врачевателях история не сохранила. Но народный эпос из глубины веков донес до нас имена врачевательниц, живших в эпоху матриархата: в Египте — Могучая Полидамна, в Чехии — мудрая Каза, в Колхиде — Медея. В древнейших памятниках письменности сохранились имена женщин-врачевательниц, живших в эпоху первобытного строя.

Так, в «Илиаде» Гомер называет светлокудрую Агамеду, знавшую все целебные травы, «сколько земля их рождает». Можно утверждать, что накапливавшихся в период матриархата опыт врачевания лег в основу медицинских знаний, которые человечество обрело гораздо позднее. Первые медицинские познания зародились в человеческом обществе не в связи с верованиями, а в тесной связи с условиями жизни, питанием, борьбой за существование. Религия возникла в человеческом обществе значительно позже в связи с расслоением его на классы.

Помощь больным, страждущим являлась долгом каждого, кто исповедовал христианство. Основными «лекарями» были священники или знахари, а потому и основными «лечебными учреждениями» были храмы (например, храмы Асклепия). Больницы развивались из церквей. В средние века они скорее походили на прибежище бедняков, на пресловутые приюты. По мере утверждения христианства как государственной господствующей религии в Европе, христианская церковь взяла на себя заботу о немощных и больных. Эта обязанность лежала на дьяконах (от греческого *diakonos* — служитель). Им помогали женщины, называвшиеся дьякониссами. В число дьяконисс нередко вступали лица знатных фамилий и даже особы царского рода.

В византийских христианских монастырях в обязательном порядке создавались богадельни и убежища-кельи для больных; как правило, там проживала небольшая группа бедных (до десяти больных). Это было милосердие «Богу угодное». С XI века дома-кельи стали называться больницами, а в странах Европы — госпиталями. Христиане верили, что спасение в загробной жизни будет зависеть от хорошего обращения друг с другом в этой жизни. Это оказывало сильное воздействие на развитие заботы о бедняках, голодных и больных. Характерным для общества того времени была ценность людей, способных беречь здоровье и исцелять. Древние целительницы использовали то, чему их научили наблюдения и история.

Основными приемами исцеления в рабовладельческом обществе были заклинания, молитвы, амулеты, жертвоприношения. С течением времени, с прибавлением знаний по уходу за больными стали использоваться домашние снадобья — утоль, сажа, зола, холодная и теплая вода, покой, хорошая

пища, чистый воздух, травы, различные массажи, молитвы и обряды. В XI веке во многих городах Германии и Нидерландов были созданы общины женщин и девиц, называвшие себя бегинами. Они также занимались уходом за больными. Такие общины сохранялись до XX века.

За больными и умирающими ухаживали не только женщины. Во времена Крестовых походов (XII век) появились воснизированные медицинские ордена, например, тевтонских рыцарей. После военных походов было основано много монастырей, где в свод необходимых знаний и умений входило умение оказывать медицинскую помощь. Поскольку там можно было получить образование, многие молодые люди стремились в монастыри с целью изучения медицины. С учреждением рыцарских орденов многие из них посвящали себя уходу за больными. Так, например, члены ордена святого Лазаря в Иерусалиме посвящали себя уходу за прокаженными. От названия ордена св. Лазаря произошло название лазарета. Получил большую известность основанный крестоносцами в Палестине духовно-рыцарский орден госпитальеров, названный по иерусалимскому госпиталю св. Иоанна — странноприимному дому для паломников. Небезынтересно, что великим магистром его в 1798 году был избран российский император Павел I. С XII века появляются духовные попечительства о больных — госпитальные братья и сестры. Орден «Братств милосердия» был основан в 1540 году в Испании. Община св. Елизаветы («Елизаветинки») существовала с XIII века в Германии.

В XII веке появились различные учения, трактаты об уходе за больными. Один из трактатов принадлежит Салернской школе. Салернская медицинская школа возникла на юге Италии в IX веке и в 1213 году вошла в состав Салернского университета на правах факультета. Ученые этой школы написали множество сочинений, посвященных уходу за больными.

Так, Феррарий написал исследование о лихорадке, Музандин — сочинение о приготовлении кушаний и напитков для больных. Арнольд из Виллановы является создателем написанного в стихах трактата под названием: «Regimen sanitatis Salernitanum» — «Салернский кодекс здоровья». В этом кодексе сформулированы правила режима дня и питания, подробно рассматриваются свойства

различных пищевых продуктов, плодов и растений и их лечебное действие. Немалое место в этих наставлениях занимают описания рациональных движений и омовений, которым еще древние предшественники Салерно уделяли большое внимание. Салернские предписания для сохранения здоровья не утратили своего значения и в настоящее время и во многом соответствуют современным гигиеническим и диетическим требованиям.

Таким образом, дошедшие до нас исторические сведения о становлении заботы и ухода за больными в обществе, дают нам представление о характере оказываемой помощи, о страждущих этой помощи и, наконец, о самих представителях «богу угодного» милосердия, которые являются неиссякаемым источником добра, любви, терпения, умения и сострадания по настоящий день.

Женщина в силу своих природных особенностей (меньшая по сравнению с мужской физическая сила, врожденный инстинкт материнства) на первых этапах становления человеческой цивилизации выхаживала больных, раненых, страдающих, отождествляя их с беспомощными детьми. Когда же общество достигло достаточно высокого уровня развития, и возникла необходимость ухода за большим количеством страждущих, это благородное дело стало неотъемлемым атрибутом тех, кто исповедовал христианство. Вера в бога была и организатором помощи страждущим недугами и мощной психологической поддержкой для тех, кто занимается этой тяжелой работой.

Возникновение и развитие сестринского дела за рубежом

Известно, что у истоков развития сестринского дела за рубежом стоят три ранних образа медицинской сестры. Это фольклорный образ «сестра-мать» — период, когда уход за больными осуществлялся на дому женщинами из числа домашних и ограничивался лечением обрядами и травами. Другой религиозный образ «божий работник» — период, характеризующийся появлением всевозможных богаделен, где за больными ухаживали служители церкви. И третий этап («темный» период), это образ «слуги» — когда помощь стали оказывать люди, получившие специальное образование. Особенность и недостаток последнего периода в том,

что медицинская сестра выступает лишь в роли исполнителя указаний врача

В развитии сестринского дела в странах Европы в XIX веке большую роль сыграла деятельность выдающейся личности, англичанки Флоренс Найтингейл (1820—1910). Флоренс родилась во Флоренции (Италии), в богатой аристократической семье и получила блестящее образование для женщины своего времени. Она прекрасно знала литературу, владела пятью иностранными языками, изучала математику и естественные науки, занималась живописью и музыкой. Но спокойная и обеспеченная жизнь не привлекала девушку. Флоренс искала возможность активно помогать бедным и больным. Но в то далекое время деятельность, связанная с милосердием, оказанием помощи нуждающимся, считалась занятием, не достойным знатной женщины. Девушка пожертвовала личным счастьем, дорогими отношениями с родителями, но осталась верна своему призванию. Благодаря упорству и настойчивости, она в 1851 году поступает в общину сестер пастора Ф. Флендера в Германии, где и получает сестринское образование.

Через два года Флоренс занимает пост заведующей больницей для учительниц в Лондоне. Во время эпидемии холеры в Лондоне, она работает сестрой милосердия в холерной больнице. Имя Флоренс Найтингейл приобретает известность, и ей предлагают заведовать Королевской больницей, но начавшаяся Крымская война (1853—1856) изменила ее планы.

В ходе боевых действий английская армия несла большие потери, которые возрастали из-за плохой организации военно-медицинской службы. Поэтому, военное министерство искало опытного, знающего человека с организаторскими способностями, которому можно было доверить возглавить отряд медицинских волонтеров. Таким человеком и оказалась Флоренс Найтингейл. Она лично отобрала 38 будущих сестер милосердия и отправилась с ними в английский госпиталь в Скутари (Турция). Отважных женщин ожидала страшная картина: прогнившие, грязные бараки, кишачие паразитами тифы, нехватка белья и перевязочного материала, отсутствие топлива. Более 2000 раненых лежали вповалку на прогнивших нарах, больные тифом и холерой не были изолированы от других больных и раненых.

Сестры милосердия во главе с Флоренс энергично взялись за переустройство госпиталя, за обеспечение в военно-полевых условиях максимально эффективного санитарного режима и сестринского ухода. Они добились снижения смертности с 42% до 2%. По ночам повсюду мелькал огонек Флоренс Найтингейл. Прозванная солдатами «Женщиной со светильником» она не отходила от больных и раненых. К концу войны под руководством Флоренс работало уже 125 сестер милосердия. После окончания войны, перед отъездом в Англию, она на свои деньги поставила на высокой горе над Балаклавой в Крыму большой крест из белого мрамора в память о погибших солдатах, врачах и медицинских сестрах. Помощь на театре военных действий принесла Флоренс еще большую известность. Ее именем на родине был назван корабль. Королева Виктория неоднократно приглашала замечательную женщину в резиденцию и подарила ей бриллиантовую брошь с надписью: «Блаженны милостивы».

После окончания Крымской войны Флоренс Найтингейл продолжила свою деятельность в медицине, но уже на другом уровне. Она пишет много книг и статей о назначении, роли, деятельности и подготовке сестер. Выходят в свет такие работы как «Заметки о госпиталях», «Заметки о сестринском деле», «Как надо ухаживать за больными» и многие другие, которые получают восторженную оценку медиков и в настоящее время. Влияние мисс Найтингейл на положение женщин в Великобритании было огромным. В 1856 году одна высокопоставленная дама так отозвалась о мисс Найтингейл: «Важнейшим делом Флоренс было то, что благодаря ей в обществе возросло мнение о возможностях женщин, их работе».

Много времени и сил отдавала Флоренс делу подготовки медицинских сестер. В 1860 году по инициативе Найтингейл в Лондоне при больнице Святого Фомы была открыта испытательная школа для сестер милосердия. В течение 27 лет этой школой руководила подготовленная Флоренс квалифицированная медицинская сестра. Заканчивая школу, сестры милосердия произносили составленную Найтингейл торжественную клятву, где были такие слова: «Всими силами я буду стремиться помочь врачу в его работе и посвящу себя обеспечению здоровья тех, кто обратился ко мне за помощью».

Умерла Флоренс Найтингейл в возрасте 90 лет, она похоронена в кафедральном соборе Святого Павла в Лондоне. Самоотверженная женщина стала примером служения людям и пробразом международного милосердия. Медалью с ее изображением награждают за особые заслуги отличившихся медицинских сестер. На оборотной стороне медали латинская надпись по кругу гласит: «*Pro Vera Misericordia et cara Humanitate Perennis decor universalis*» — «За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества» и посередине гравированная фамилия владельца. Медаль Флоренс Найтингейл была учреждена в 1912 году. К настоящему времени этой медалью награждено около 1000 человек, из них 46 российских медицинских сестер.

В 1934 году Международный Совет медицинских сестер совместно с Лигой обществ Красного Креста основал международный денежный фонд имени Флоренс Найтингейл, целью которого является содействие делу подготовки и переподготовки медицинских сестер во всем мире. Имя Флоренс известно во всем мире. Ей посвятил поэму «Святая Филомена» американский поэт Т. Лонгфелло. В ее честь в Лондоне и во Франции воздвигнуты памятники. Изображение Флоренс мы можем встретить и на денежных купюрах, и на почтовых марках. Ежегодно, 12 мая, в день рождения Ф. Найтингейл, во многих странах проводится в ее память «День больницы». Ее имя носят многие медицинские школы в разных странах.

В начале века система здравоохранения западных стран развивалась большей частью как прибыльный бизнес, поэтому врачи и администрация больниц рассматривали медицинских сестер лишь как источник дешевой рабочей силы, которые беспрекословно выполняли все необходимые распоряжения. С течением времени сестринская деятельность стала выделяться в отдельную науку, возрос интерес к сестринской профессии, ее престиж. Стали создаваться дома сестринского ухода (*Hospis*), где специально обученные сестры осуществляли наблюдение и уход за инвалидами, за больными с хроническими заболеваниями, престарелыми и безнадежно больными пациентами. Возросло значение патронажной сестринской помощи. Стали появляться различные модели сестринской помощи. В последнее время развиваются программы по семейной меди-

цине, где одна из ведущих ролей принадлежит семейной медицинской сестре.

В настоящее время большое внимание уделяется движению за повышение профессионального уровня медицинских сестер. Совершенствуются программы обучения медицинских сестер разного уровня (магистерские, докторские). Развернута сеть печатных изданий для медицинских сестер. Например, в США разнообразие сестринских журналов составляет около двухсот. Но и у западных коллег существует проблема, которая возникает при партнерской деятельности врача и сестры — это проведение различия между сестринской помощью и врачебной. Вопрос независимой сестринской практики является и в настоящее время камнем преткновения между представителями сестринской помощи и медицины, в лице врачей.

Развитие сестринского дела в России

Благотворительная лечебная помощь на Руси появилась с XI века, с созданием богаделен и убежищ-келий при монастырях. Так, в 1070 году в Киево-Печерском монастыре была открыта богадельня-убежище-дом во имя св. Стефана для проживания нищих, слабых, хромых, слепых и прокаженных. Такое же заведение было открыто в 1091 году Переславским епископом Ефимом. Осуществляли уход за калеками и больными монахи. После принятия христианства при монастырях стали создаваться «больничные палаты». То место, где боль кладет человека «нищ», стали называть «больницами». Некоторые так и назывались — больничными, например, монастырь Фелора Студита в Москве.

Исторических сведений о женской медицинской деятельности на Руси очень мало. Но уже в XI веке был создан первый отечественный медицинский трактат под названием «Мази», который был для того времени уникальным. Его автором явилась внучка князя Владимира Мономаха Евпраксия Мстиславовна (Евпраксия-Зоя), которая глубоко изучила народную медицину и осветила в своем труде вопросы физиологии, гигиены, пропедевтики и профилактики некоторых заболеваний. Широкую популярность получил «Изборник Святослава», в котором были

описаны нормы христианской морали, приведены советы по питанию, рекомендации по соблюдению личной гигиены. Николай Святоша (в крещении Панкратий Давыдович Черниговский) в 1142 году построил в Киеве монастырь, именуемый в летописях «больничным». За больными присматривали монахи — «лчецы» — безвозмездные врачеватели, которые осуществляли уход и лечили молитвами, «зельями» и овощами.

Со времен княжения Константина Всеволодовича Мудрого (1216—1218) представители княжеского рода стали посещать больных. Александр Невский говорил о необходимости княжеской помощи бедным, сиротам и вдовам. Известно, что Дмитрий Донской и его супруга Евдокия лично посещали больных на дому, «оказывая милостыню» на пропитание. Как правило, в больничных кельях количество больных не превышало 10—12, а лечение ограничивалось по тем временам лишь молитвами и растительной пищей. Выздоровление объяснялось и считалось исключительно Божьей помощью. В исторических источниках XIV века упоминаются имена крестьянской девушки Февронии, княжеской дочери Ефросинии, Федосии Морозовой и других, занимавшихся уходом за больными людьми.

В 1551 году на Стоглавом соборе было решено устроить богадельни для прокаженных. Больные должны были призряться за счет вкладов царя, митрополита и монастырей. В крупных городах полагалось устраивать богадельни: «Да повелит благочестивый царь всех прокаженных и состаревшихся написать по всем градам... да в коем ждо граде устроити богадельни мужские и женские. И тех прокаженных и престаревшихся и не могущих нигде главы подклонити, устроити в богадельнях пищею и одеждою... приставити к ним здоровые стрые и баб стряпчих, сколько будет пригоже» (Стоглав. СПб., 1863, с. 226). Случилось так, что эти идеи не были воплощены в жизнь в XVI веке (вопреки тому, что писал составитель первой книги о благотворительности (1818) Астог, утверждавший, что в Московском государстве при жизни Ивана Грозного учреждались больницы).

Многие отечественные историки медицины (в их числе Л. Ф. Змеев, Н. Я. Новомбергский и другие) полагали, что первая (в современном понимании) больница, в которой

лечили врачи, а обслуживали монахи, была построена в 1618 году при Троицком монастыре (Сергиев Посад).

В XVII веке многие русские монастыри процветали, богатели и это позволяло строить при них богадельни и небольшие дома для больных (больницы). Большую помощь в создании таких келий, богаделен и домов оказал патриарх Никон. С его помощью были основаны богадельни в Московском Знаменском монастыре, в Гранатном дворе у Никитских ворот, в Ново-Иерусалимском монастыре. В «Слове о приютах» он предложил создать общество милосердия, члены которого будут посещать дома бедных и несчастных и заниматься благотворительностью.

Со вступлением на трон династии Романовых милосердием и благотворительностью помимо царя и высших церковных иерархов начинают заниматься знатные светские феодалы. Одним из таких пионеров был придворный дворянин Ф. М. Ртищев, который в 1650 году на территории Андреевского монастыря открыл приют для бедных больных, нищих и пьяных, где врачевали лекари и даже доктор. Это, по-видимому, была первая городская больница. В годы русско-польской войны (1654—1667) Ртищев оборудовал дома для больных и раненых.

Стали появляться указы, касающиеся благотворительности: 1670 год — о создании приказа для строения богаделен; 1674 год — о том, что все богадельни, содержащиеся правительством, должны отныне содержаться за счет патриаршей казны. В царствование Алексея Михайловича государство впервые стало проявлять заботу об увечных престарелых воинах.

Благотворительность на Руси до конца XVII века оставалась деятельностью угодной Богу и влекущей отпущение самых тяжких грехов. С конца XVII века больницами стал управлять патриарший приказ, а затем они перешли в ведение приказа аптекарского. В это же время за счет государственной казны в Москве строится больница для получивших тяжелые ранения на государственной службе. В том же указе монастырям предписывалось «лечить безденежно» и «лекарства держать недорогие». При каждой больнице обязательно должны были находиться трое: «доктур, аптекарь и лекарь».

Допетровская благотворительность, выражающаяся в ручной, случайной милостыне, способствовала появлению

нищих-профессионалов. Поэтому Петр I развернул активную борьбу с промысловым нищенством, которая сопровождалась полным запретом частной благотворительности. Был издан ряд указов по борьбе с нищенством и бедностью: о штрафе за подачу милостыни нищим, о больных нищих, которые «не могут ходить для собирания милостыни». Такие лица должны были помещаться в домовые богадельни патриарха, причем деньги на их содержание брались из патриаршей казны. В 1710 году царь издал указ, согласно которому престарелые, раненые, увечные офицеры и солдаты, не годные к военной службе, помещаются в московские богадельни.

Впрочем, состояние государственной казны не позволяло оказать помощь всем раненым и увечным в многочисленных петровских войнах. С 1715 года в воспитательных домах, созданных специальным указом царя, должны были служить женщины, в обязанности которых входил и уход за больными детьми. Но основная забота Петра сосредоточилась не на гражданских, а на военных медицинских учреждениях, которые в мирное время обслуживали всех больных. В вышедшем в 1716 году Воинском уставе отмечена преимущественная роль женщины в уходе за больными: «потребно всегда при десяти больных быть для услужения одному здоровому солдату и нескольким женщинам, которые оным больным служить имеют и платье на них мыть». В последующих регламентах и уставах военных госпиталей характер женской санитарной помощи все более конкретизируется и уточняется.

В 1722 году Петровский указ предписывал богадельням призывать слепых, увечных, дряхлых, престарелых, не могущих работать. Во всех монастырях полагалось учредить странно-приимницы или лазареты для престарелых и больных. Вместе с тем появился указ, говорящий о том, что две трети монастырских финансов должно тратиться на больницы и увечных, и лишь одна треть — на содержание самих монахов. Стали открываться приюты для брошенных младенцев.

В связи с проведением Петром I реформ, создается так называемая «Медицинская коллегия» (канцелярия), которая для работы в госпиталях в 1728 году ввела штатные единицы для женщин по уходу за больными. С 1735 года

Генеральным регламентом о госпиталях количество работниц при больных определялось характером и тяжестью заболеваний последних. Этим начинаниям Петра суждено было прерваться почти на 100 лет. Отсутствие прочной системы организации женского труда в госпиталях и заинтересованности командования в нем приводило к тому, что в большинстве госпиталей он со временем либо исчез совсем, либо носил временный характер. В результате больные и раненые в госпиталях, особенно в военное время, находились практически на полном самообеспечении. При пресмниках Петра, вплоть до Екатерины II, новые больницы не открывались, а открывались богадельни и братства, где заботились и о хронических больных.

В первые годы Екатерининского правления содержание богаделен инвалидов домов было возложено на Экономическую коллегию. В 1764 году был издан указ об организации в каждой губернии Приказов общественного призрения, которые должны были заниматься попечительством больниц, богаделен, работных домов для ленивых и смиренных домов для душевнобольных. Учреждались больницы и приюты для неизлечимо больных.

В 1764 году открывается Московский Воспитательный дом (в будущем Дом охраны младенца), государственное учреждение под монаршим покровительством, управлял домом генерал-поручик И. И. Бецкой. Одновременно был учрежден Московский родильный госпиталь, в котором находили приют беременные женщины из бедных слоев населения. В 1772 году в Петербурге создается еще один Воспитательный дом как отделение Московского, к которому в 1778 году присоединяется и родильный приют.

К середине XVIII века женский уход за больными стал осуществляться и в гражданских больницах. В Павловской больнице в Москве для ухода за больными по штату полагалось иметь баб-сидельниц из жен и вдов больничных солдат. Одна из них предназначалась для осматривания больных женщин и проведения простейших процедур. Позже для улучшения ухода за больными в Павловской больнице было постановлено нанимать исключительно женскую прислугу — сидельниц и кухарок. Но даже такое неквалифицированное обслуживание больных было распространено лишь в незначительной части больниц Петербурга и Москвы.

В конце XVIII века появляется большое количество сми- рительных и сиротских госпиталей, богаделен для призре- ния увечных и престарелых, создаются новые лечебницы и больницы. Присмотр за всеми этими учреждениями был возложен на Главный магистрат и на полицию. В XVIII ве- ке в России стали известны первые фельдшера. Их тогда называли «рудометами» или «цирульниками». Характерным для первых медицинских школ в России была слитность фельдшерского и врачебного образования. Через 2–3 года после поступления успевающие ученики получали звание «подлекарей» (что примерно соответствовало званию фельд- шера), затем еще через 1–2 года им присваивалось звание лекаря. В 1798 году врачебное образование было отделено от фельдшерского.

Следующий шаг в развитии женского ухода за больны- ми – появление службы «сердобольных вдов». В 1803 году при воспитательных домах в Петербурге и Москве были учреждены так называемые «вдовьи дома», предназна- ченные для призрения неимущих, увечных и престарелых жен и вдов лиц, состоящих на государственной службе. В 1804 го- ду попечителю Московского воспитательного дома было предложено построить рядом с больницей для бедных новый дом для вдов с тем, чтобы некоторые из них за умеренную плату приняли на себя присмотр за больными так, чтобы «все больные получили бы надзор благотвори- тельных вдов». Но лишь в 1813 году при Петербургском вдовьем доме было принято решение употребить некото- рое число вдов для работы в Мариинской больнице для бедных, а также для ухода за больными на дому. Дежур- ные вдовы должны были наблюдать за благоустройством в палатах, за порядком в раздаче больным пищи и лекарств, за чистотой и опрятностью больных, их постелей и белья, за поведением больных и посетителей. Доктора и лекаря должны были давать вдовам необходимые наставления по уходу за больными. «Сердобольные вдовы» должны были осваивать некоторые медицинские приемы, чтобы в случае необходимости самим оказывать помощь больным.

Прошедшие испытательный срок «сердобольные вдовы» приводились к присяге с вручением знака отличия – зо- лотого креста, который предписывалось носить на шее всю жизнь, даже если «сердобольная» выходила в отставку. Со второго года службы «сердобольные вдовы» могли

посещать больных в частных домах, получая за свой труд плату. В 1818 году из Петербургского вдовьего дома в Москву были посланы четверо «сердобольных вдов» с целью руководства двенадцатью избранными на испытание вдовами в московскую больницу для бедных. Существование службы «сердобольных вдов» определялось доходами «вдовьих домов» и крупными пожертвованиями благотворителей.

При нашествии Наполеона на Россию в 1812 году помощь раненым на добровольных патриотических началах оказывали русские женщины. Они кормили и обогревали раненых солдат, перевязывали им раны, выхаживали вплоть до выздоровления. Это привело к созданию в ноябре 1812 года в Петербурге «Патриотического женского общества», предназначенного для оказания помощи населению, пострадавшему от нашествия врага. Жизнь показала, что при большом поступлении раненых и больных лечебные учреждения были не в состоянии обойтись без вспомогательного женского труда. Поэтому в 1818 году была создана государственная служба сиделок, которые обучались в больницах санитарно-гигиеническому уходу за больными и имели штатные должности при больницах.

В связи с большой потребностью в таких помощницах в 50-х годах XIX века в Петербурге открылась школа «Русских нянек». А в 1822 году главный врач Мариинской больницы для бедных в Москве Х. Ф. Оппель выпустил «Руководства и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших». Это было первое руководство по уходу за больными. В нем Х. Ф. Оппель утверждал: «Без надлежащего хождения и смотрения за больными и самый искусный врач мало, или и никакого даже, в восстановлении здоровья или отвращения смерти успеха сделать не может». Таким образом, Х. Ф. Оппель, считавший, что сердобольная вдова — «Орудие в руках врача», невольно указал на необходимость партнерских отношений в лечении больного. Обращаясь к «своим любезным друзьям и помощницам», он призывал их следовать своему долгу, выполнять «стократно повторяемые вам мною правила, как ходить за больными в больницах и посторонних домах». Таким образом, до середины XIX века служба «Сердобольных вдов» оставалась

лась единственной формой профессионального участия женщин в уходе за больными в России.

В средние века в Европе создавались общины сестер и братьев милосердия. Позднее уход за больными целиком взяли на себя женские общины. Первая такая община сестер милосердия была учреждена Павлом Винцентом во Франции. В России, в 1844 году, принцесса Терезия Ольденбургская предложила открыть в Петербурге «Сердобольное заведение», деятельность которого была бы вверена общине сестер милосердия. В основу первой в России общины сестер милосердия была положена мысль о том, что попечение о больных и другие формы милосердия могут быть делом личного подвига. Община была открыта 9 марта 1844 года. Через 4 года был утвержден устав «Заведения общины сестер милосердия». Свое название «Свято-Троицкая» община получила лишь в 1873 году. Первоначально она включала 7 отделений: отделение сестер милосердия, женскую больницу, богаделью для неизлечимых, пансион, приют для приходящих детей, исправительную детскую школу, отделение кающихся, или Магдалин. Со временем большинство отделений было закрыто и деятельность общины направилась исключительно на служение бедным больным и на подготовку сестер милосердия. В 1845 году был открыт «Покой для приходящих больных», не нуждающихся в больничном лечении, получивший позже название амбулаторной лечебницы.

По уставу общины в нее принимались девушки и вдовы от 20 до 40 лет. Первый год работы был испытательным, женщины проходили курс обучения и на деле проверяли свои душевные и физические качества, необходимые для этой трудной работы. Обучение осуществлялось врачами, состоящими в общине на службе. Сестрам преподавали правила ухода за больными, способы перевязки ран, фармацию и рецептуру. Через год сестры давали присягу и становились полноправными членами общины. Это была особая форма подвижничества, выдержать которую могли только сильные духом. Сестры принимали больных, дежурили в больнице и в частных домах. Со временем их стали приглашать в частные и государственные больницы и госпитали. Условия жизни сестер милосердия резко отличались от таковых у «Сердобольных вдов». Исполнение тяжелых и сложных обязанностей, аскетический быт,

дисциплина, отсутствие зарплаты, пенсии, выходных и отпусков приводили к тому, что многие сестры покидали общину через несколько лет. Только четвертая часть сестер пробыла в общине более 10 лет. Тем не менее работа их была более значительна по объему и качеству медицинского обслуживания населения, чем деятельность «Сердобольных вдов».

Кроме врачей, состоявших на постоянной службе в общине, с консультативной целью для лечения больных приглашались многие известные врачи Петербурга. С 1845 по 1856 годы больницу общины посещал Н. И. Пирогов, производил в ней наиболее сложные операции и вскрытия тел умерших. Работа в общине позволила ему высказать впоследствии следующую мысль: «Доказано уже опытом, что никто лучше женщин не может сочувствовать страданиям больного и окружать его попечениями неизменными и, так сказать, несвойственными мужчинам».

Так как спрос на деятельность сестер милосердия намного превышал возможности одной общины, в России назрела необходимость создания новых общин. В конце 1844 года в Петербурге княгиня М. Ф. Барятинская основала «Общину сестер милосердия литейной части», целью которой было «оказание помощи нуждающимся и страждущим», проживающим в этом районе города. В 1853 году община получила устав и название «Община во имя Христа-Спасителя в Санкт-Петербурге». Сестрами становились после предварительного шестимесячного испытания совершеннолетние девицы и вдовы. Они были обязаны ходить за больными, преимущественно бедными, в их жилищах. В 50-х годах при общине были организованы приемная для больных, женская больница и ясли с больничным отделением. С 1853 по 1875 годы 23 сестры милосердия этой общины оказали помощь 103758 больным.

В том же 1844 году Софья Степановна Щербатова (в девичестве Голицына) на правах первой дамы столицы основывает благотворительное общество «Дамское попечительство о бедных в Москве», вошедшее в состав Ведомства учреждений императрицы Марии. Под эгидой этого общества открываются один за другим детские приюты, богадельни для престарелых, училища и прочие благотворительные заведения. В 1845 году Софья Степановна принимает на себя обязанности председательницы Совета

детских приютов. В 1848 году во время эпидемии холеры в Москве, С. С. Щербатова основывает общину сестер милосердия, получившую название Никольской. К организации данной общины она привлекла известного доктора Федора Петровича Гааза. Ф. П. Гааз был одним из первых врачей, привлечших женщин к уходу за больными. Им первым в штатное расписание Павловской больницы в Москве был включен женский обслуживающий персонал: «Для улучшения ухода за больными вместо состоящих для ухода инвалидов солдат и жен их поставлено определить по найму исключительно женскую прислугу — сидельниц, вместо поваров иметь кухарок».

В 1850 году в Одессе была учреждена «Стурдзовская богадельня сердобольных сестер». Богадельня состояла из общины сестер и больницы для их практического обучения. Позже была организована бесплатная лечебница для приходящих больных и детская больница. Медицинское обслуживание получали только больные женского пола. При больнице состояли старший врач и несколько врачей и лекарей-помощников. Как и Петербургская служба сестер милосердия, Одесские «Сердобольные сестры» едва справлялись с наплывом желающих получить хотя бы какую-нибудь медицинскую помощь.

Во время Крымской войны (1853—1856) особенно остро проявился недостаток сестер милосердия. Русская женщина всегда отзывалась сердцем на народные бедствия и шла бескорыстно на помощь в горе, в нужде и несчастье. Великая княгиня Елена Павловна взяла на себя организацию женской помощи больным и раненым на поле битвы. Таким образом, в 1854 году в Петербурге была создана община сестер милосердия, названная Крестовоздвиженской. Пошли туда богатые и знатные, бедные и простые — все одинаково воодушевленные горячим желанием послужить людям в несчастье, помочь и утешить в страданиях. Устав общины был составлен Н. И. Пироговым.

Главной целью общины была подготовка сестер милосердия для ухода за ранеными и больными в действующей армии. Известно, что Н. И. Пирогов предложил разделить сестер на перевязочных, дежурных, аптекарок и сестер-хозяек. Он разработал специальные инструкции для каждой из этих групп. Сестры милосердия вели журнал, где отмечали недостатки в уходе за ранеными и больными,

обнаруженные во время дежурств. Это значительно повышало качество их работы и ответственность. Забывая собственную опасность, эти святые женщины дни и ночи проводили в госпиталях и на перевязочных пунктах. Сестры Крестовоздвиженской общины помогали хирургам во время операций: следили за пульсом, держали руку или ногу во время ампутации и даже накладывали лигатуру на сосуд, из которого после отнятия конечности сочилась артериальная кровь. Они помогали докторам на перевязках, подавали больным лекарство, питье. Ни гангрена, ни тиф, ни холера — ничто не страшило этих отдавшихся на великий христианский подвиг женщин. С необыкновенной кротостью и терпением отвечали они на капризы больных, успокаивали их ласковым словом, утешали скорым выздоровлением.

В результате перегрузки передовых госпиталей ранеными Н. И. Пирогов предложил создать госпиталь в Екатеринославле. После его развертывания началась эвакуация раненых из Крыма. Н. И. Пирогов лично организовывал отправку раненых и больных, выделял для ухода за ними в пути лучших сестер милосердия. Много сделали сестры милосердия для улучшения медицинской помощи раненым и больным при введении Н. И. Пироговым сортировки.

Во время Крымской войны и сестры Никольской общины вместе с отрядом «Сердобольных вдов» Московского вдовьего дома помогали в действующей армии. Именно в период Крымской войны русская женщина впервые вышла из сферы домашней жизни на поприще государственной службы, показав высокие деловые и нравственные качества. Примером явилась дочь Петербургского губернатора Екатерина Михайловна Бакунина. Когда формировалась община сестер милосердия для помощи раненым на театре военных действий, Е. М. Бакунина жила в Москве и оттуда, руководствуясь лучшими побуждениями, стремлением оказывать помощь раненым на бастионах Севастополя, она ходатайствовала о зачислении в общину. В связи с этим Е. Бакунина стала посещать московские больницы с целью знакомства с делом ухода за больными. Из Петербурга не было известий, родные и близкие были против затеи Екатерины Михайловны, и она вынуждена была написать в Петербург следующие замечательные слова: «Внучка адмирала Ивана Логиновича Голенищева-Ку-

тузова желает ходить за матросами, то странно, кажется, отказывать ей в этом...» Е. М. Бакунина все-таки выехала в Севастополь и своей деятельностью там заслужила полное признание и любовь со стороны раненых и уважение Н. И. Пирогова: «Е. М. Бакунина вела все дела присмотра за уходом больных с таким тактом, энергией и совестью, что полученный успех оказался блестящим и для всех здравомыслящих людей неоспоримым. Все, что прежде удерживали и не выдавали, и теперь еще старались удерживать, но Бакунина, пунктуально исполняя мои и других медиков предписания, настоятельно вытребовала недоданное». Е. М. Бакунина участвовала и в русско-турецкой войне (1877—1878) в качестве члена отряда Красного Креста на Кавказе.

В целях поощрения и увековечения заслуг сестер в Крымской войне комитетом Крестовоздвиженской общины был учрежден позолоченный крест. 158 сестер были награждены этим крестом, 68 сестер были представлены к бронзовой медали «За оборону Севастополя», среди них Екатерина Хитрова, Екатерина Бакунина, Дарья Севастопольская и многие другие. Вернувшись домой, они продолжали трудиться у постели больных.

В марте 1856 года в Петербурге Обществом призрения бедных была создана Максимилиановская лечебница для приходящих больных. За два месяца существования она оказала бесплатную помощь 180 больным. В этой лечебнице по инициативе главного врача Крестовоздвиженской общины В. И. Тарасова работали сестры милосердия, вернувшиеся с Крымской войны. Они были также прикомандированы к больницам для чернорабочих, к Елизаветинской детской больнице. Немного позднее сестры милосердия были введены в военно-сухопутные госпитали. Цель В. И. Тарасова состояла в подготовке «деятельных помощниц врача», но, кроме того, и в помощи бедным больным, которым предоставлялась возможность бесплатно лечиться.

Движение сестер милосердия стало распространяться по России. Несколько сестринских общин было открыто в Москве. Из Никольской общины выделилась группа сестер милосердия во главе с княгиней Н. Б. Шаховской, которая в 1866 году учредила общину сестер милосердия «Утоли моя печали». Сестры этой общины работали в тюремной больнице. Через 8 лет было выстроено главное

здание общины, в котором было устроено общежитие сестер. На третьем этаже здания была психиатрическая больница на 70 коек, а в центре здания находилась церковь. Плата за лечение была довольно высока: в общей палате — 100 руб; в отдельной — 200 руб. В 1892 году начала функционировать бесплатная амбулатория, названная Александро-Мариинской. Была выстроена больница, которая давала приют и лечение детям и молодым людям до 18 лет, тут же размещался приют для престарелых сестер общины на 30 человек.

В 1866 году Дамское попечительство о бедных создает совершенно новое для России учреждение — приют во имя св. Марии Магдалины для женщин, девушек и малолетних девочек, занимавшихся проституцией и пожелавших встать на праведный путь. Первой руководительницей приюта была княгиня Ольга Алексеевна Голицына — дочь С. С. Щербатовой. Женщины и девушки, прожившие в приюте 3 года, получали право на его попечение, заключающееся в оказании помощи в трудоустройстве. Они работали сиделками в больницах, устраивались в мастерские и частные дома. Выходившие замуж получали скромное приданое.

Вслед за Александровской в Москве открылись другие общины сестер милосердия. Наиболее крупной явилась Покровская. При этой общине действовали: приют для детей-сирот, шестиклассная школа, фельдшерские курсы, школа шелководства, амбулатория, больница, госпиталь, дом для престарелых монахинь и сестер милосердия. В Уставе общины определялись следующие задачи: подготовка сестер милосердия, оказание помощи больным, воспитание детей. Существовало три разряда сестер: испытываемые, младшие, старшие — крестовицы (5 лет работы). Все те, кто хотел поступить в сестры милосердия, предварительно проходили испытательный срок по крайней мере один год. В 1867 году было создано Общество попечения о раненых и больных, которое в дальнейшем было переименовано в Российское Общество Красного Креста, основной задачей которого являлась подготовка сестер милосердия.

В 70-х годах под руководством С. П. Боткина организована община Святого Георгия (Георгиевская) по подготовке сестер милосердия. К 1877 году Россия имела

300 дипломированных сестер. Опыт Крымской кампании получил развитие в русско-турецкой войне (1877–1878), на театрах военных действий в Черногории и в Сербии. Перед началом русско-турецкой войны на учете было всего 279 сестер. Председатель общества попечения о раненых и больных запросил у Главного военно-госпитального комитета об ускоренной (6-недельной) подготовке сестер. Ряд общин медицинских сестер Петербурга (Свято-Троицкая, Крестовоздвиженская, Георгиевская и Покровская) стали принимать женщин на курсы. Аналогичные курсы подготовки сестер милосердия открылись и в других городах России.

Весной 1878 года в войсках разразилась эпидемия тифа. Тиф с каждым днем разрастался, и вскоре все госпитали оказались переполнены больными. Почти все медсестры переболели тифом, немало их погибло. Несмотря на невероятно тяжелые условия работы в госпиталях, сестры по-прежнему сохраняли самообладание и с еще большей самоотверженностью обслуживали раненых и больных. Они провели гигантскую работу на эвакуационных пунктах. Если учесть, что Дунайская армия за всю кампанию потеряла ранеными 43 416, а больными 875 543 человека, значительная часть которых была эвакуирована в Россию, то можно себе представить титанический труд сестер, работавших на эвакуационных пунктах и санитарном транспорте. Более 5% от общего числа сестер стали жертвами тифа и других заболеваний.

Все участницы войны получили медали, учрежденные в память о русско-турецкой войне 1877–1878 гг. Шесть медицинских сестер были награждены серебряными медалями «За храбрость», и почти все сестры — знаком отличия Красного Креста. Многие сестры милосердия, вернувшись домой, остались материально необеспеченными и не у дел. По ходатайству главного военно-госпитального комитета 23 января 1879 года был издан приказ о материальной помощи и назначении пенсии, что несколько улучшило положение сестер, вернувшихся с войны.

В 1897 году Русское общество Красного Креста учредило в Петербурге институт братьев милосердия, существовавший до 1917 года, целью которого была подготовка мужского персонала по уходу за больными и ранеными и оказанию помощи в несчастных случаях, с двухгодичным

сроком обучения. В 1901 году возникла община сестер милосердия св. Апостола Павла. Задачи общины были следующими: оказание помощи больным, бедным, которая выражалась в бесплатном уходе за ними на дому по запросам участковых попечительств, городских и университетских клинических амбулаторий. Не остались безучастными медицинские сестры и к военным действиям в русско-японской войне (1904—1905). В 1904 году получила развитие новая форма помощи пострадавшим воинам — посемейный приют, стали создаваться частные лазареты и госпитали.

В целом, общины сестер милосердия были своеобразными трудовыми коммунами, где функционировали детские приюты и школы, больницы и амбулатории, ремесленные и художественные мастерские и обязательные постоянно действующие курсы медицинских сестер. Уставы общин мало чем отличались один от другого. Неизменными их условиями были целомудрие и строгость поведения, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплинированность и беспрекословное подчинение начальству. Уставы общин хотя и были строгими, но в отличие от монастырских сохраняли за членами общины некоторые элементы свободы. Сестры имели право владеть наследственным и собственным имуществом, при желании могли вернуться к родителям, вступить в брак. Среди сестер милосердия было много женщин и девушек знатного происхождения. Однако устав не позволял никому делать никаких скидок, да никто и не стремился к привилегиям, все с одинаковой самоотверженностью переносили тяготы трудовых будней мирного времени и лишения и опасности фронтовой жизни.

В 1914 году началась первая мировая война. С первых же дней объявления войны все находившиеся в России женщины дома Романовых принялись за организацию лазаретов, санитарных поездов, складов белья и медикаментов, приютов и мастерских для увечных воинов, помощи семьям солдат. Уже к декабрю 1914 года в Москве было открыто 800 лазаретов.

Вдовствующая императрица Мария Федоровна учредила госпитали в Минске, Киеве и Тифлисе. Лазареты организовали и все великие княжны. Но блестящие светские дамы не ограничивались попечительством и ассигновани-

ем денег. Они работали. Когда началась война, императрица Александра Федоровна вместе со старшими дочерьми Ольгой и Татьяной прошла кратковременные курсы ухода за ранеными. Простыми сестрами милосердия они ежедневно трудились в царскосельском лазарете — на операциях подавали инструменты, делали перевязки, в том числе самые сложные, требовавшие большого профессионализма, ухаживали за ранеными, чистили инструменты, работали на складе — делали бинты, готовили к отправке на фронт одежду и медикаменты. В сохранившихся дневниках Великой княгини Ольги Николаевны, не предназначенных для постороннего, особенно чувствуется неподдельный интерес, любовь и сострадание к людям. Императрица Александра Федоровна писала о перевязках, которые делала, о состоянии подопечных раненых, о смерти тех, к кому успела привязаться и кого успела полюбить. Из записок Великого князя Александра Михайловича: «...иногда и солдаты отказывались верить, что сестра, которая так нежно и терпеливо за ними ухаживала, была родною сестрою Государя и дочерью императора Александра III».

В 1914 году вышло распоряжение пригласить на добровольных началах вдов и направить их в Санкт-Петербургскую больницу для «прямого назначения как ходить и смотреть за больными». После годичного испытания они были приведены к присяге, после которой на каждую посвященную императрица Мария Федоровна возложила особый знак — золотой крест, на одной из сторон которого было написано: «Сердоболие». Женский труд в медицине становится заметным явлением и занимает подобающее ему место в лечении и уходе за ранеными и больными. Высокие моральные качества, служение страдающим людям становятся традицией русских сестер милосердия.

После Октябрьской революции 1917 года практически все центры подготовки сестер милосердия подчинялись Главному управлению Российского Общества Красного Креста (РОКК). 7 августа 1918 года Совнарком РСФСР издал декрет, которым Советскому Красному Кресту были присвоены юридические права общественной организации, работающей на основе Женевской конференции 1864 года. Председателем Советского Красного Креста был назначен заместитель Наркома здравоохранения и начальник Главно-

го воснно-санитарного управления З. П. Соловьев. Функции подготовки сестер были переданы Наркомздраву. 15 октября 1921 года Международный Красный Крест опубликовал Постановление о признании Советского Красного Креста.

До революции практически не существовало подготовки медицинских сестер по охране материнства и младенчества. Только в 1905 году в Москве по инициативе акушера А. Н. Рахманова был основан первый образцово поставленный родильный дом, в котором, кроме оказания квалифицированной акушерско-гинекологической помощи, детей впервые отделяли от матерей в детские палаты и уход за ними поручали специальным сестрам. Поэтому в 1918 году Институтом охраны материнства и младенчества был поставлен вопрос о необходимости подготовки сестер данного профиля. Были открыты 9-месячные курсы по их подготовке, которые через четыре года стали 2-годовалыми.

После Октябрьской революции подготовкой медицинских сестер занимались школы, открытые в 1920 году. Для этих школ Наркомздрав утвердил «План обучения и программы школ сестер милосердия». В задачу школ входило «подготовить ухаживающий персонал у постели больных, умелый, добросовестный, правильно понимающий свою роль в жизни лечебного заведения». В Положении о школах особенно подчеркивалась необходимость сугубо практического метода обучения: «Центр тяжести обучения сестер в правильно поставленной школе должен лежать в практических занятиях у постели больных». Поэтому признавалось необходимым «постоянное пребывание учащихся в больнице на протяжении всего рабочего дня». В 1922 году средние медицинские учебные заведения перешли в ведение Главпрофобра Наркомпроса РСФСР. В 1927 г. утверждается Положение о медицинской сестре, в котором были четко определены обязанности медицинской сестры по уходу за больными. С этого времени профессиональный статус медицинской сестры был определен.

25–30 октября 1922 года была проведена 1-я Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию, на которой были определены типы средних медицинских учебных заведений и основные профили подготовки медицинских сестер. Для практической работы лечебных учреждений было признано необходимым готовить медицинскую сестру по следующим направлениям: сестра

для лечебных учреждений, по охране материнства и младенчества (позже сестра-воспитательница), для социальной помощи. В стране начали создаваться фельдшерско-акушерские школы, школы по подготовке сестер по уходу за больными, сестер по охране материнства и младенчества, курсы по переквалификации ротных фельдшеров. В Москве был организован специальный профилактический техникум по подготовке сестер социальной помощи.

К 1924 году были составлены новые учебные планы и программы для школ (позднее курсов) подготовки сестер по уходу за больными. В пояснительной записке к учебному плану была указана особенность этих программ: «Сестра должна быть не только механическим исполнителем назначения врача, но она должна ясно отдавать себе отчет в значении указанного метода лечения». В январе 1926 года в Москве состоялась 2-я Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию, которая подготовила реформу по унификации обучения среднего медицинского персонала. Все медицинские училища, школы, курсы были преобразованы в медицинские техникумы, в которых всем поступающим давалась единая общемедицинская подготовка с дальнейшей специализацией. Срок обучения медицинских сестер в них составил 2,5 года.

В 1927 году Красным Крестом стали создаваться первые санитарные дружины. Были организованы курсы Советского Красного Креста, носившие название «Курсы сестер запаса». Преподавание на этих курсах велось бесплатно, окончившие их получали удостоверение, дававшее право выполнять обязанности медицинских сестер в военное время. На 3-й и 4-й Всероссийских конференциях по среднему медицинскому образованию, проходивших в 1925–1929 гг., принцип политехнического образования медицинских сестер был закреплен и углублен. На смену определения «**сестра милосердия**» пришло другое – «**медицинская сестра**».

В 1930 году руководство средним медицинским образованием было передано в ведение наркомздравов союзных республик. В 1931 году срок обучения на всех отделениях медицинских техникумов был сокращен до 2 лет. Вместе с этим был взят курс на узкую специализацию, впервые началась подготовка рентгенотехников, лаборантов, помощников санитарных врачей. В этот период стали открывать-

ся вечерние и заочные отделения. До 1936 года система подготовки средних медицинских работников в союзных республиках была различной как по профилям подготовки, так и по срокам обучения. Единая система среднего медицинского образования в СССР была определена постановлением СНК СССР от 8 сентября 1936 года «О подготовке средних медицинских зубоврачебных и фармацевтических кадров».

В связи с развитием сети лечебных и профилактических учреждений было решено принимать на службу наряду с выпускницами техникумов также и сестер запаса. В связи с этим организациями Красного Креста были созданы полноправные двухлетние курсы и курсы доквалификации. В 1934 году их окончили 20 000 человек, получивших юридические права медицинских сестер с полным курсом обучения. На курсах Красного Креста обучение происходило без отрыва от производства. Красный Крест организовывал также подготовку сестер-парашютисток, бортсестер, была начата подготовка колхозных медицинских сестер по особым сокращенным программам.

В 1938 году Общество Красного Креста и Красного Полумесяца передало свои лечебные учреждения органам здравоохранения. Постановлением СНК СССР от 8 сентября 1936 года была создана единая система среднего медицинского образования в СССР. 1 июля 1939 года был организован центральный методкабинет по среднему медицинскому образованию при Наркомздраве СССР. К 1940 году обеспеченность населения средними медицинскими кадрами по сравнению с дореволюционным уровнем возросла в 8 раз и составила 24 средних медицинских работника на 10 000 человек.

Медицинские сестры нового поколения, подготовленные в системе Наркомздрова и Общества Красного Креста, получили боевое крещение на полях сражений у озера Хасан (1938), на реке Халхин-Гол, во время вооруженного конфликта с Финляндией, проявив героизм и мужество при оказании медицинской помощи советским воинам. Они работали не только в госпиталях, но и в передовых частях под огнем противника. Хирург профессор М. Н. Ахутин писал: «Эти женщины умели делать все, по мере необходимости они из медицинских сестер превращались в прачек и поварих. Они отлично подчинялись

воинской дисциплине и вместе с нами переносили все тяжелые напряженные моменты».

В годы Великой Отечественной войны (1941–1945) вместе со всем народом выполняли свой патриотический долг 500 тысяч средних медицинских работников — фельдшеров и медицинских сестер. С первых дней войны со всей остротой встала проблема организации оказания первой медицинской помощи, выноса и эвакуации раненых с поля боя. От своевременного и правильного проведения этих мероприятий зависели сохранение жизни и скорейшее возвращение раненых в строй. В условиях исключительно напряженных боевых действий, в сложной и опасной обстановке переднего края выполнение этой задачи требовало от средних медицинских работников знаний, умения, личного мужества и самоотверженности. Местом оказания первой медицинской помощи более чем в 84% случаев было поле боя. Впервые в истории войн работа советских военных медиков была приравнена к боевому подвигу.

С началом Великой Отечественной войны Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца вновь включился в организацию подготовки медицинского персонала вместе с Наркомздравом СССР и Главным военно-санитарным управлением Красной Армии. За два первых года войны организациями Красного Креста было подготовлено 516 тысяч медицинских работников, в том числе 205 тысяч медицинских сестер и 285 тысяч сандружинниц. Медицинские сестры работали на фронте в качестве санитарных инструкторов рот, в полковых и дивизионных медицинских пунктах и госпиталях фронта и тыла. Они проявляли замечательные качества русской женщины — исключительную сердечность по отношению к раненым и больным, готовность отдать все свои силы и даже жизнь при выполнении своих обязанностей. 70% раненых и больных воинов благодаря медицинской помощи были возвращены в строй, и в этом успехе значительна роль медицинских сестер. Своей службой медицинские сестры наряду с советскими воинами приблизили историческую победу над фашизмом. Они выполнили торжественную клятву, данную 24 августа 1941 года в Колонном зале Дома Союзов в Москве, где состоялось собрание медицинских сестер:

реждений медицинской аппаратурой вызвали необходимость усовершенствования организации труда средних медицинских работников. Им была предоставлена широкая возможность повышать свою квалификацию: создана специальная медицинская литература, серия книг «Библиотека среднего медицинского работника», журналы «Фельдшер и акушерка» и «Медицинская сестра», организуются семинары, декадни и другие формы учебы. В 1965 году были организованы курсы повышения квалификации средних медицинских работников при крупных учреждениях здравоохранения. А к 1981 году функционировали уже первые 15 училищ повышения квалификации.

В системе здравоохранения стали появляться должности сестер-руководителей. В частности, в 1965 году приказом МЗ СССР № 395 была утверждена должность главной медицинской сестры. В 1977 году приложением № 45 к этому же приказу в штатное расписание лечебных учреждений вводится должность старшей медицинской сестры, а в 1979 году главные медицинские сестры включены в штатное расписание лечебных учреждений с числом коек более пятидесяти.

Главное назначение сестринского дела заключается в оказании помощи пациенту. Дело выхаживания больных и страждущих, пройдя через разные этапы развития подвижничества, стало профессией. В связи с изменениями в системе современного здравоохранения, изменяется и понимание роли медицинской сестры, ее статуса в обществе. В настоящее время сестринское образование шагнуло на новую ступень развития. Введены новые уровни сестринского образования. С 1991 года наряду с медицинскими училищами возникли медицинские колледжи и первые факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах. Их появление связано с введением трехуровневого сестринского образования, каждое из которых имеет профессиональную завершенность. В 1994 г. создана Ассоциация медицинских сестер России, принимающая активное участие в работе Международного Совета сестер Высшей ступенью в образовании медицинских сестер является Академическое сестринское образование, которое можно получить на факультетах высшего сестринского образования медицинских академий и университетов.

Вместе с высшим образованием медицинская сестра получает квалификацию менеджера. Для факультета Высшего сестринского образования разработаны специальные учебные планы, включающие наряду с известными совершенно новые дисциплины в области сестринского дела: теорию сестринского дела, менеджмент и лидерство в сестринском деле, маркетинг сестринских услуг, психологию управления, законодательство и экономику здравоохранения, педагогику и другие. Здравоохранение принимает в свои ряды новых специалистов сестринского звена, специалистов с более высоким уровнем знаний, способных решать задачи, стоящие перед лечебными учреждениями, а добрые семена должны попасть в хорошую почву и дать не менее добрые всходы.

Рекомендуемая литература

1. П. Е. Заблудовский. История медицины. Москва, «Медицина», 1981.
2. Д. Д. Кувшинский, А. С. Георгиевский. Очерки истории советской военной медицины. «Медицина», Ленинградское отделение, 1968.
3. М. К. Кузьмин. Медики — Герои Советского Союза. Москва, «Медицина», 1965.
4. М. К. Кузьмин. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. Москва, «Медицина», 1979.
5. М. М. Левит. Становление общественной медицины в России. Москва, «Медицина», 1974.
6. Б. Д. Петров. История медицины СССР. Москва, «Медицина», 1964.
7. Дж. Реале и Д. Антисери. Западная философия от истоков до наших дней. Санкт-Петербург, 1994 г.
8. Т. С. Сорокина. История медицины. Москва, 1994.
9. А. М. Сточик. Избранные лекции по курсу истории медицины и культурологии. Вып. 1. — М., 1991.
10. А. М. Сточик. Избранные лекции по курсу истории медицины и культурологии. Вып. 2. — М., 1992.
11. В. В. Трофимов. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. Москва, «Медицина», 1967.
12. И. Харди. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1981.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Определение сестринского дела, его цели и задачи

На определение сестринского дела оказывают влияние различные факторы. Это, прежде всего, экономическое социальное и географическое положение страны, существующая система здравоохранения и уровень ее развития структура сестринского персонала с четко определенными функциональными обязанностями, отношение медицинского персонала и общества к сестринскому делу, наконец, этическое мировоззрение человека, дающего определение сестринской науке. Не удивительно, что определения сестринского дела, данные врачом, медицинской сестрой, пациентом, его родственниками, администрацией, страховыми и законодательными органами, будут отличаться друг от друга.

Участники Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела (Галицино, 1992 г. дали следующее определение этой науке: «Сестринское дело — часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленное на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды».

Комитет Экспертов ВОЗ еще в 60-е годы определил сестринское дело как «практику человеческих взаимоотношений», а медицинская сестра «должна уметь распознать потребности больных, возникающие в связи с болезнью, рассматривая больных как индивидуальные человеческие существа».

Считается классическим определение, которое дала американская медицинская сестра и преподаватель Вирджиния Хендерсон в 1961 году, получившее позже международное признание: «Оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной

смерти, какие он предпринял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. И делается это таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрел независимость».

Другое определение дали американские медицинские сестры в 1984 году: «Медицинская сестра — человек, который питает, лелеет и защищает; подготовлен для заботы о слабом».

Но первое определение сестринского дела дала легендарная Флоренс Найтингейл в известных «Записках об уходе» в 1859 году, определив его как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». При этом задача сестры в создании для больного таких условий, при которых природа оказывала бы свое целительное действие. Она считала, что уход за больными и уход за здоровыми — это две важные сферы сестринского дела. При этом уход за здоровыми — это «поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает», а уход за больными — это «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение». 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».

В чем же отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача? Лечебное дело, все знания и практические действия врача направлены на определение и лечение конкретной болезни у конкретного человека. Большинство видов врачебной деятельности, будь то лечение, преподавание или исследовательская работа, направлены на различные аспекты патологических состояний конкретных болезней.

Но болезнь ставит перед больным, его семьей, коллективом, в котором он работает или учится, ряд вопросов и проблем. Например, врачи спасли жизнь пострадавшему после тяжелой черепно-мозговой травмы, но не смогли из-за тяжести травмы и повреждения зрительных нервов сохранить пациенту зрение. У пациента и его семьи возникло множество проблем, которые они не в состоянии решить без помощи медицинской и социальной служб, без помощи общества. В этом случае важную часть проблем пациента поможет решить именно медицинская сестра.

Она поможет психологически адаптироваться пациенту и его близким к возникшей ситуации, обучит его элементам самогигиены и самоухода, поможет определить свое место в общественной жизни.

Следовательно, сестринское дело ориентировано в большей мере на человека или группу людей (семья, коллектив, общество), чем на болезнь. Оно направлено на решение проблем и нужд людей, их семей и общества в целом, которые возникли и могут возникнуть в связи с переменами в здоровье.

Таким образом, сестринское дело — это самостоятельная профессия, обладающая достаточным потенциалом, чтобы стать вровень с лечебным делом. Отсюда ясно, что функции медицинской сестры значительно шире, чем простое выполнение указаний врача. На нее возложены основные обязанности по уходу за пациентами, профилактика заболеваний, сохранение здоровья, реабилитация и облегчение страданий. Она должна быть прекрасным руководителем (на любом уровне), обладающим задатками лидера, менеджера, педагога и психолога. Потребность в деятельности медицинской сестры не имеет ограничений ни по политическим, ни по социальным признакам, ни по национальной и расовой принадлежности, ни по вероисповеданию, ни по возрасту или полу.

На совещании национальных представителей Международного Совета сестер (Новая Зеландия, 1987 г.) была дана следующая формулировка сестринского дела: «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 в ней есть потребность».

Чтобы соответствовать современным требованиям, медицинская сестра должна знать помимо норм здоровья и основ сестринского ухода психологические особенности поведения пациентов. Должна не только ознакомиться с симптомами и синдромами заболевания, определить возможные причины его возникновения, но и разработать комплексную индивидуальную программу ухода за паци-

ентом, включающую врачебно-консультативную помощь, сестринское наблюдение, а также организацию социальной и психологической помощи. В своей работе медицинская сестра исходит из принципа, что медицинская помощь — это право каждого человека, а не привилегия.

Общество предъявляет высокие требования к морали и этическим вопросам. Медицинская сестра вместе с врачом участвует в испытании и апробировании новых лекарственных препаратов, в разработке новых методов исследований, участвует в проведении искусственного осеменения, абортах, стерилизации, продлении жизни. Кто она, послушный помощник или активный участник? Как определить меру ее ответственности, согласия или несогласия с действиями врача?

При значительных положительных сдвигах в медицине одновременно увеличиваются опасности, которым подвергается человек, попадая в сферу медицинских действий. При быстром росте населения, распространенности бедности среди жителей нашей планеты актуальными становятся принципы оказания медицинской помощи: эффективность — равенство — безопасность. Это еще одна из причин высоких требований к профессии медицинской сестры. Таким образом, миссия сестринского дела заключается в удовлетворении потребностей пациентов в высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи.

При этом основными целями сестринского дела являются:

- объяснение населению и администрации лечебно-профилактических учреждений важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;

- привлечение, развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребности населения;

- обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;

- выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления.

Сестринское дело решает следующие задачи:

- развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;
- консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;
- ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;
- разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;
- осуществление консультативной сестринской помощи;
- обеспечение высокого уровня медицинской информации;
- ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;
- проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;
- создание стандартов улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности.

Известно высказывание: «Медицина представляет ствол дерева, а ее специальности — отдельные ветви. Но когда ветвь достигает размеров целого дерева, то она приобретает право на самостоятельное значение». Эта ветвь — сестринское дело, которое выделяется из системы медицинского образования в отдельную науку. Из зависимого подразделения медицины сестринское дело развивается в самостоятельную науку.

Философия сестринского дела

Философия в медицине — это не ново. Всем известно, что в древности многие врачи обладали не только талантом врачевания, но и даром сочинительства, музицирования, не только занимались познаниями в астрономии, математике, физике, но и были известными философами. Авиценна в свое время создал философскую медицинскую энциклопедию, которую назвал «Книга исцеления». О философии в медицине говорили Платон и Сократ, Гиппократ и Авиценна, Гален и Горацио и многие другие ученые того времени.

Классическое определение дает нам понятие о философии как о форме духовной деятельности, направленной

на постановку, анализ и решение мировоззренческих вопросов, связанных с формированием целостного взгляда на мир и на место в нем человека. Следовательно, говоря о философии, мы говорим о том, как человек мыслит, во что верит и как воспринимает жизнь. Это целостная система взглядов на мир (природу, общество, мышление), оказывающих существенное воздействие на деятельность человека. Это способ подумать, кто мы такие и какова наша роль в обществе.

Философия сестринского дела, в свою очередь, отражает мировоззрение сестры в отношении ее деятельности, формирование целостного взгляда на сестринское дело, на роль и место в нем сестринского персонала. В центре этой философии, этого мировоззрения — человек, больной, здоровый или умирающий. Человек, обладающий биологическими, психологическими, социальными и духовными потребностями. Человек, имеющий право на активную, гармоничную жизнь и развитие, на получение сестринских услуг, независимо от вероисповедания и социального положения. Эта философия основана на общечеловеческих принципах этики и морали. Большое внимание здесь уделяется отношению медицинской сестры к пациенту как к человеку, к личности. **Основными принципами философии сестринского дела являются — уважение к жизни, достоинству и правам пациента.**

Философия сестринского дела дает определение сестринским обязанностям, целям и личным качествам медицинской сестры.

Философия сестринского дела устанавливает:

- этические обязанности медицинской сестры по обслуживанию пациентов (соблюдать конфиденциальность, уважать автономию пациента, говорить правду и т. д.);
- цели, к которым стремится медицинская сестра (независимость, здоровье, знания, умение и т. п.);
- моральные качества или добродетели (мудрость, сострадание, милосердие, терпение и т. д.).

Одной из составных частей философии является **этический кодекс сестер** — это этические принципы, сформулированные представителями сестринской профессии для своих коллег в каждой из стран. Кодекс излагает основные принципы поведения и оценки действий сестры, отражает основные цели, обязанности и ценности в профессии

медицинской сестры. Он составляет систему мировоззрений, внутри которой сестра может принимать решения, соответствующие этическим нормам, и выполнять обязанности перед обществом, перед коллегами и перед своей профессией. Российская Ассоциация медицинских сестер создала и после обсуждения в регионах приняла Этический кодекс медицинской сестры России. Создание кодекса является важнейшим средством развития самоуправления в сестринской профессии.

Определение сестринского дела дают нам **четыре парадигмы** или четыре основные концепции: **сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье** (WORLD VISION INTERNATIONAL, 1993).

Флоренс Найтингейл говорила, что **сестринское дело** одно из древнейших искусств и одна из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах. Искусство и наука проявляются в сестринском деле как в работе сестры-исполнителя, так и в деятельности сестры-руководителя. Например: при осуществлении наложения повязки пациенту сестре необходимо не только знание правил и требований, предъявляемых к наложению повязки (какой будет использоваться перевязочный материал — марлевый бинт, сетчатый, трубчатый, или это будет марля и т. д.; вид накладываемой повязки, цель наложения и т. п.), что говорит о научной стороне дела.

При этом медицинская сестра должна наложить повязку красиво, аккуратно, то есть обладать эстетическим вкусом, ей необходимо побеседовать с пациентом (объяснить с какой целью накладывается данная повязка, как с ней обращаться в домашних условиях и т. п.), то есть проявить искусство заботы о пациенте.

В сфере деятельности сестры-руководителя искусство и научный подход проявляются и в общении с персоналом, с пациентами, и в умении эффективно строить сестринский процесс, и в умении правильно организовать профессиональный рост сотрудников и т. д. Таких примеров и объяснений к ним можно привести множество. Этот подход требует, чтобы воображение и творчество сочетались с научным пониманием.

Областями компетенции медицинской сестры являются: оказание помощи, диагностика и наблюдение, просвещение и обучение, умение эффективно работать в стреми-

тельно меняющейся обстановке, лечебные процедуры и режим, соблюдение и обеспечение безопасности лечебного процесса, организационные вопросы.

Понятие личности занимает в философии сестринского дела особое место. Вообще проблема личности в философии — это прежде всего вопрос о том, какое место занимает человек в мире. Биологические, психологические, социальные и духовные компоненты составляют единое целое человека, пациента. Они характерны для всех людей, но индивидуальны для каждого из нас — они-то и представляют личность каждого из нас.

Философ и врачеватель Востока — Авиценна требовал особого подхода к каждому больному: «Тебе должно знать, что каждый отдельно взятый человек предрасположен к определенной натуре, присущей ему лично; редко бывает или совсем невозможно, чтобы кто-нибудь другой имел одинаковую с ним натуру». Медицинская сестра должна быть готова иметь дело с любой личностью, несмотря на то, что характер мировоззрения личности формируется социальным окружением, воспитанием и самовоспитанием, является одним из важнейших ее качеств, ее «стержнем».

Работая с разными категориями пациентов, современная медицинская сестра создает атмосферу уважительного отношения к прошлому и настоящему пациента, его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям. А учитываем ли это мы, размещая пациентов в палатах? Сколько проблем, обид у пациентов, сколько приступов стенокардии и повышения артериального давления, сколько вызовов дежурной службы из-за психологической несовместимости разных пациентов и неучета этого медицинским персоналом?

Медицинская сестра принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью существует угроза со стороны сотрудников или других людей. В «Этическом Кодексе Международного Совета медицинских сестер» записано: «Ни назначения врача, ни политика, ни администрация (их решения и действия, проводимая политика) не снимают с медицинской сестры моральной или юридической ответственности за действия и решения». Не случайно сновными чертами характера медицинской сестры называются — заступничество, опыт, равнодушие. Это созвучно

и девизу первого международного сестринского общества — **ЛЮБОВЬ, МУЖЕСТВО, ЧЕСТЬ.**

Окружающая среда всегда оказывала влияние на жизнедеятельность человека. Она была распознана еще со времен деятельности Флоренс Найтингейл как существенный фактор в предотвращении заболеваний и поддержании здоровья. Окружающая среда подразделяется на:

— физическую, включающую географическое положение, климат, качество воздуха, воды и т. п.;

— социальную, играющую огромную роль в формировании личности пациента, с которым медсестре придется работать (семья, школа, знакомые, рабочий коллектив и т. д.);

— культурную, которая включает поведение человека, его взаимоотношение с другими людьми (язык, традиции, обычаи, вера, манеры общения и т. п.)

В зависимости от окружающей среды, в которой проживает и работает пациент, сестре необходимо строить свои взаимоотношения с ним — это та путеводная нить, которая ведет и пациента, и медицинскую сестру к успеху. Именно основой мировоззрения является отношение «человек и окружающий мир» с определенных социально-классовых позиций. Это отношение имеет свою собственную структуру: познание, практическая деятельность.

Здоровье — очень широкая концепция, которая определяется по-разному на различных жизненных этапах. В 1947 году ВОЗ определила здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие заболеваний или неполноценность. Порой трудно определить, что является здоровьем, но следует учитывать, что здоровье — это динамический процесс, который может быть определен как объективно, так и субъективно. Это цель, к которой нужно стремиться. Это понятие включает умение заботиться о самом себе, оно обеспечивает чувство целостности организма и окружающей среды, оно справляется со стрессом путем адаптации. Процессы непрерывного роста и становления являются его составной частью.

«Ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному и сокровенному для человека: его ЖИЗНИ и СМЕРТИ» (Ф. Найтингейл, 1886).

Научные теории сестринского дела

Если содержание процесса или явления слишком велико и абстрактно, тогда оно заменяется моделью, которая облегчает его изучение и анализ. Различают политические модели, экономические, социальные, медицинские и т. д. Медицинская модель существует на протяжении веков, она ориентирована на заболевание, когда усилия врача направлены на постановку диагноза и лечение патологического состояния. Все его внимание сосредоточено на поиске и лечении отклонений, дисфункций и дефектов. Большинство видов деятельности врача — лечение, преподавание или научно-исследовательская работа, так или иначе направлены на различные аспекты заболеваний и недугов.

Модель сестринского дела ориентирована на человека, а не на болезнь. Эта модель должна быть приложима к нуждам пациентов, их семей и общества, предоставлять медицинским сестрам широкий выбор ролей и функций для работы не только с больными и умирающими пациентами, но и со здоровым контингентом населения. Модели сестринской помощи отражают существующую действительность, дают возможность сравнивать различные концепции сестринского дела на протяжении длительного времени.

Например, до XIX века сестринское дело было сведено к уходу за пациентом. Как правило, не было никаких попыток активно повлиять на течение болезни. Модель сестринского дела, сложившаяся в США в конце XIX — начале XX века, отражает деятельность Флоренс Найтингейл, которая считала, что состояние пациента можно улучшить, воздействуя на окружающую обстановку, для этого обеспечивался свежий воздух, тепло, свет, питание и соответствующая гигиена. Постепенно эти факторы стали важными для всех, а не только для больных, это заложило основы профилактики.

С развитием медицинской помощи многие обязанности врача стали переходить к медицинской сестре (измерение температуры, артериального давления, выполнение ряда процедур и т. д.). Кроме ухода за пациентом, сестра принимает активное участие в реабилитации и профилактике. В связи с этим появились другие модели сестринской помощи. В каждой модели отражаются мировоззрения и убеждения медицинских сестер, занимающихся ее построением.

В настоящее время в мировой практике сестринского дела насчитывается более 30 концептуальных моделей сест-

ринской помощи. Они содержат следующие основные положения: определение пациента, источник проблем пациента, приоритетная задача сестры, роль сестры, фокус вмешательства, способы вмешательства, ожидаемый результат.

Наибольшее распространение получили пять моделей: эволюционно-адаптационная (Канадская Ассоциация сестер), добавочно-дополняющая (Хендерсон), модель поведенческой системы (Джонсон), адаптационная модель (Рай); модель дефицита самоухода (Орэм).

Эволюционно-адаптационная модель рассматривает пациента как личность, индивидуум. *Источником проблем* пациента являются настоящие или предстоящие изменения в его жизни, особенно в ее критические периоды, которые оказывают негативное влияние на состояние здоровья. *Приоритетной задачей* сестры является оказание помощи пациенту в достижении и поддержании оптимального уровня здоровья в критические периоды жизни. Здесь сестра выступает в роли *наставника-координатора*. *Фокусом вмешательства* медицинской сестры являются способы адаптации пациента к окружающей обстановке во время происходящих изменений в его жизни, требующие усилия или изменения для поддержания оптимального уровня здоровья. *Способы вмешательства* медсестры включают применение различных способов стимулирования пациента. *Ожидаемый результат* — достижение оптимального уровня здоровья пациента в критические периоды его жизни.

Следующая модель рассматривает пациента как **поведенческую систему**. *Источником проблем* пациента является функциональный и структурный стресс. *Приоритетная задача* сестры в данной модели — обеспечение равновесия поведенческой системы и функциональной стабильности пациента. Медсестра выступает в роли *регулятора и контролера*. *Фокусом вмешательства* сестры являются механизмы контроля и регуляции, а также требования, предъявляемые к пациенту. *Способы вмешательства* подразумевают действия предупреждающие, защищающие, сдерживающие и расслабляющие пациента в ситуациях функционального или структурного стресса. *Ожидаемый результат* — адекватное поведение пациента в ответ на стрессовую ситуацию.

Адаптационная модель рассматривает пациента как человека, находящегося в постоянном взаимодействии с окружаю-

щей средой и приспособляющегося к ней с помощью различных адаптационных способов. *Источником проблем* пациента является дефицит активности (пассивность) в результате имеющегося заболевания. *Приоритетной задачей* медицинской сестры является обучение пациента адаптироваться к окружающей обстановке в период болезни. Сестра выступает в *роли педагога-организатора*. *Фокусом вмешательства* является использование всевозможных способов стимулирования пациента обучению приспособляванию к окружающей его обстановке. *Способы сестринского вмешательства и ожидаемый результат* — адаптация пациента в результате адекватного восприятия применяемых стимулов.

Модель дефицита самоухода рассматривает пациента как существо, обеспечивающее деятельность по самообслуживанию. *Источником проблем* пациента является дефицит в самообслуживании, то есть неспособность осуществлять заботу о себе. *Приоритетной задачей медсестры* является создание условий для осуществления пациентом самоухода для достижения и поддержания оптимального уровня здоровья. Сестра выступает в *роли учителя и контролера*. *Фокус вмешательства* — нарушение выполнения элементов самоухода. *Способ вмешательства* — ассистирование. *Ожидаемый результат* — достижение пациентом оптимального уровня самообслуживания.

Неплохо, конечно, что сестринское дело не унаследовало модели из другой эпохи, другого общества. Благодаря этому оно имеет возможность выработать свои собственные модели, которые отразят многочисленные изменения, имеющие место в нашем здравоохранении, его структуре и целях, модели, связанные с задачами здравоохранения XXI века.

Сестринский процесс

Одним из основных и неотъемлемых понятий современной американской и западноевропейской моделей сестринского дела является **сестринский процесс**. Эта реформаторская концепция родилась в США в середине 50-х годов и за последующие десятилетия ее апробации в клинических условиях полностью доказала свою целесообразность. В настоящее время сестринский процесс является основой сестринской помощи.

Сестринский процесс — это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих

обязанностей по оказанию помощи пациентам. Сестринский процесс несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия хорошей технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с нозологической единицей, объектом «манипуляционной техники». Постоянное присутствие и контакт с пациентом делают медицинскую сестру основным звеном между пациентом и внешним миром. Больше всех в этом процессе выигрывает пациент. От того, какие устанавливаются отношения между медицинской сестрой и пациентом, от их взаимопонимания нередко зависит исход заболевания.

Что дает для практики сестринский процесс? Какие ставит цели?

Сестринский процесс, во-первых, определяет конкретные потребности пациента в уходе. Во-вторых, он способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода, кроме этого прогнозирует его последствия. В-третьих, сестринский процесс определяет план действий медицинской сестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента. В-четвертых, с его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой работы, профессионализм сестринского вмешательства. И самое главное, сестринский процесс гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

Преимущества внедрения методологии сестринского процесса для сестринского образования и практики заключаются в следующем:

- обеспечивается системный и индивидуальный подход к проведению сестринского ухода;
- становится необходимым активное участие пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода;
- создается возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности;
- осуществляется эффективное использование времени и ресурсов, которые направлены на решение основных потребностей и проблем пациента;
- универсальность метода;
- гарантируется качество предоставляемой помощи и профессионализм медицинской сестры;

– демонстрируется уровень профессиональной компетенции, ответственность и надежность медсестринской службы, медицинского обслуживания;

– обеспечивается безопасность проведения медицинского обслуживания.

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных этапов: сестринское обследование пациента, диагностирование его состояния (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем), выполнение плана необходимых сестринских вмешательств и оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости.

Основные этапы сестринского процесса

Сестринский процесс состоит из пяти этапов. Каждый этап процесса является существенной стадией в решении основной проблемы – лечения пациента – и тесно взаимосвязан с остальными четырьмя этапами.

Первый этап: обследование пациента – текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента (рис. 1).



Рис. 1

В «Записках об уходе» Флоренс Найтингейл в 1859 году писала: «Важнейший практический урок, который может быть дан медицинским сестрам — это научить их тому, за чем наблюдать, как наблюдать, какие симптомы указывают на ухудшение состояния, какие признаки являются существенными, какие можно прогнозировать, какие признаки указывают на недостаточный уход, в чем выражается недостаточность ухода». Как актуально звучат эти слова в наши дни!

Цель обследования — собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для того, чтобы создать информационную базу данных о нем, о его состоянии в момент обращения за помощью. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Насколько умело сестра сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная ею информация.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер. *Источником информации* является, в первую очередь, сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья, эта информация носит субъективный характер. Только сам пациент может дать такого рода информацию. Субъективные данные включают чувства и эмоции, выраженные вербальным и невербальным методами.

Объективная информация — данные, которые получены в результате наблюдений и обследований, проводимых медицинской сестрой. К ним относятся: анамнез, социологические данные (взаимоотношения, источники, окружающая среда, в которой пациент живет и работает), данные о развитии (если это ребенок), сведения о культуре (этнические и культурные ценности), информация о духовном развитии (духовные ценности, вера и т. д.), психологические данные (индивидуальные особенности характера, самооценка и способность принимать решения).

Источником информации может быть не только пострадавший, но и члены его семьи, коллеги по работе, друзья, случайные прохожие и т. д. Они дают информацию и в том случае, когда пострадавшим является ребенок, душевнобольной, человек в бессознательном состоянии и т. п.

Важным источником объективной информации являются: данные физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация), измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания; данные лабораторного исследования.

Наиболее объективный и достоверный характер носят наблюдения и данные медицинской сестры, полученные ею в процессе личной беседы с пострадавшим, после его физикального обследования и анализа имеющихся лабораторных данных. В ходе сбора информации медицинская сестра устанавливает с пациентом «лечебные» отношения:

- определяет ожидания пациента и его родственников от лечебного учреждения (от врачей, медицинских сестер);
- осторожно знакомит пациента со стадиями лечения;
- начинает вырабатывать у пациента адекватную самооценку своего состояния;
- получает информацию, которая требует дополнительной проверки (информация об инфекционном контакте, перенесенных заболеваниях, проведенных операциях и т. п.);
- устанавливает и выясняет отношение пациента и его семьи к болезни, отношения «пациент — семья».

Располагая информацией о пациенте, пользуясь его доверием и расположением его родственников, медицинская сестра не забывает о праве пациента на конфиденциальность информации.

Конечным результатом первого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации и создание базы данных о пациенте. Собранные данные записываются в сестринскую историю болезни по определенной форме. **Сестринская история болезни** — юридический протокол-документ самостоятельной, профессиональной деятельности медицинской сестры в рамках ее компетенции. *Цель сестринской истории болезни* — контроль за деятельностью медсестры, выполнением ею плана ухода и рекомендаций врача, анализ качества оказания сестринской помощи и оценка профессионализма медсестры. И как итог — гарантия качества оказания помощи и ее безопасности.

Как только медицинская сестра приступила к анализу полученных в ходе обследования данных, начинается второй этап сестринского процесса — **установление проблем**



Рис. 2

пациента и формулировка сестринского диагноза (рис. 2). Необходимо отметить, что цель данного этапа сложна и многообразна.

Она заключается, во-первых, в определении проблем, возникающих у пациента как своего рода ответные реакции организма. **Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные.** Существующие проблемы — это проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент. Например: под наблюдением находится пациент 50-ти лет, получивший травму позвоночника. Пострадавший находится на строгом постельном режиме. Проблемы пациента, беспокоящие его в настоящее время — боль, стрессовое состояние, ограничение подвижности, дефицит самоухода и общения. Потенциальные проблемы — те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени. У нашего пациента потенциальными проблемами являются появление пролежней, пневмония, снижение тонуса мышц, нерегулярное опорожнение кишечника (запоры, трещины, геморрой).

Во-вторых, в установлении факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем. В-третьих, в выявлении сильных сторон пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению его проблем.

Поскольку у пациента в большинстве случаев несколько проблем, связанных со здоровьем, сестра не может приступить к их решению одновременно. Поэтому для успешного разрешения проблем пациента медицинская сестра должна их рассматривать с учетом приоритетов.

Приоритеты классифицируются как **первичные, промежуточные и вторичные**. Проблемы пациента, которые если не лечатся, то могут оказать пагубное влияние на больного, обладают первичным приоритетом. Проблемы пациента с промежуточным приоритетом включают неэкстремальные и неопасные для жизни потребности больного. Проблемы вторичного приоритета — потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или прогнозу (Гордон, 1987).

Возвратимся к нашему примеру и рассмотрим его с учетом приоритетов. Из существующих проблем первое, на что должна обратить внимание медицинская сестра, это болевой синдром, стресс — первичные проблемы, расположенные в порядке значимости. Вынужденное положение, ограничение движений, дефицит самоухода и общения — промежуточные проблемы.

Из потенциальных проблем первичными являются вероятность появления пролежней и нерегулярное опорожнение кишечника. Промежуточными — пневмония, снижение тонуса мышц. При каждой выявленной проблеме медицинская сестра намечает себе план действий, не оставляя без внимания и потенциальные проблемы, так как они могут превратиться в явные.

Следующей задачей второго этапа является **формулировка сестринского диагноза**.

(Из истории возникновения сестринского диагноза: в 1973 году в США состоялась первая научная конференция по проблеме классификации сестринских диагнозов. Задачи ее заключались в том, чтобы определить функции медицинской сестры в диагностическом процессе и разработать систему классификации сестринских диагнозов. В этом же году сестринский диагноз был включен в Стандарты Сестринской практики, изданные Американской ассоциацией медицинских сестер (AAM). В 1982 году была основана Северо-Американская Ассоциация Сестринского Диагноза (СААСД). Своей целью эта ассоциация преследовала «развитие, улучшение, проведение таксономии, терминологии сестринского диагноза для общего употребления профессиональными медицинскими сестрами» (Ким, Макфарленд, Маклейн, 1984). Впервые классификация сестринских диагнозов была предложена в 1986 году (Маклейн), в 1991 году она дополнена. Всего перечень сестринских

диагнозов включает 114 основных наименований, в числе которых: гипертермия, боль, стресс, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена, дефицит гигиенических навыков и санитарных условий, беспокойство, пониженная физическая активность, сниженная индивидуальная способность адаптации и преодоления стрессовых реакций, излишнее питание, превышающее потребности организма, высокая степень риска инфицирования и т. д.).

В настоящее время можно встретить множество определений сестринского диагноза. Эти определения возникли в результате признания сестринского диагноза частью профессиональной деятельности медицинской сестры. В 1982 году в учебнике по сестринскому делу авторов Карлсон, Крафт и Макгюре появилось новое определение: **«Сестринский диагноз — состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры».**

Следует признать, что в сестринском диагнозе имеет место многословность и неточность диагностического языка, и это, безусловно, ограничивает его применение медицинскими сестрами. В то же время без единой классификации и номенклатуры сестринских диагнозов медицинские сестры не смогут использовать в практической деятельности сестринский диагноз и общаться друг с другом на понятном для всех профессиональном языке.

Следует обратить внимание на то, что в отличие от врачебного диагноза, сестринский диагноз нацелен на выявление ответных реакций организма на заболевание (боль, гипертермия, слабость, беспокойство и т. п.). Врачебный диагноз не меняется, если не была допущена врачебная ошибка, а сестринский диагноз может меняться каждый день и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Кроме этого, сестринский диагноз может быть одинаковым при различных врачебных диагнозах. Например, сестринский диагноз «страх смерти» может быть у пациента с острым инфарктом миокарда, у пациентки с новообразованием молочной железы, у подростка, у которого умерла мама, и т. п.

Таким образом, задача сестринской диагностики — установить все настоящие или возможные в будущем отклонения от комфортного, гармоничного состояния, установить то, что наиболее тяготит пациента в настоящий

момент, является для него главным, и попытаться в пределах своей компетенции скорректировать эти отклонения.

Медицинская сестра рассматривает не заболевание, а реакцию пациента на болезнь и свое состояние. Эта реакция может быть: физиологической, психологической, социальной, духовной. Например, при бронхиальной астме вероятны следующие сестринские диагнозы: неэффективное очищение дыхательных путей, высокий риск удушья, пониженный газообмен, отчаяние и безнадежность, связанные с длительным хроническим заболеванием, недостаточная самогигиена, чувство страха.

Обратите внимание, что сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. Врач купирует приступ бронхиальной астмы, устанавливает ее причины, назначает лечение, а научить пациента жить с хроническим заболеванием — задача медицинской сестры.

Сестринский диагноз может относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, в котором он работает или учится, и даже к государству. Поскольку реализация потребности к передвижению у человека, лишившегося ног, или самообслуживания у пациента, оставшегося без рук, в ряде случаев не может быть реализована семьей. Для обеспечения пострадавших инвалидными колясками, специальными автобусами, подъемниками в железнодорожные вагоны и т. п. необходимы специальные государственные программы, т. е. помощь государства. Поэтому в сестринском диагнозе «социальная изоляция пациента» могут быть повинны и члены семьи и государство.

После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приемы, т. е. сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей. Она переходит к третьему этапу сестринского процесса — **планированию сестринской помощи** (рис. 3).

План ухода координирует работу сестринской бригады, сестринский уход, обеспечивает его преемственность, помогает поддерживать связи с другими специалистами и службами. Письменный план ухода за пациентом уменьшает риск некомпетентного ухода. Это не только юридический документ качества сестринской помощи, но и до-



Рис. 3

кумент, позволяющий определить экономические затраты, поскольку в нем указываются материалы и оборудование, необходимые для выполнения сестринского ухода. Это позволяет определять потребность в тех ресурсах, которые используются наиболее часто и эффективно в конкретном лечебном отделении и учреждении. План обязательно предусматривает участие пациента и его семьи в процессе ухода. Он включает критерии оценки ухода и ожидаемых результатов.

Постановка целей сестринского ухода необходима по следующим причинам. Она даст направление при проведении индивидуального сестринского ухода, сестринских действий и используется для определения степени эффективности этих действий. Постановка целей ухода должна соответствовать определенным требованиям: цели и задачи должны быть реальными и достижимыми, должны иметь конкретные сроки для достижения каждой поставленной задачи (принцип «измеряемости»). Необходимо заметить, что в постановке целей ухода, так же как и в их реализации, участвует пациент (там где может), его семья, а также другие специалисты.

На каждую цель и ожидаемый результат должно быть отведено время для оценки. Его продолжительность зависит от природы проблемы, этиологии заболевания, общего состояния пациента и установленного лечения. Существуют два вида целей: краткосрочные и долгосрочные. Кратко-

срочными — являются цели, которые должны быть выполнены за короткий период времени, обычно за 1—2 недели. Они ставятся, как правило, в острой фазе заболевания. Это цели для срочного сестринского ухода.

Долгосрочными — являются цели, которые достигаются за более длительный период времени (более двух недель). Они обычно направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение знаний о здоровье. Выполнение этих целей чаще всего приходится на период после выписки пациента. Необходимо помнить, что если долгосрочные цели или задачи не определены, то пациент не имеет и по сути лишен планомерного сестринского ухода при выписке.

Во время формулирования целей необходимо учитывать: действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего или кого). Например: медицинская сестра должна обучить пациента в течение двух дней делать самому себе инъекции инсулина. Действие — делать инъекции; временной критерий — в течение двух дней; условие — с помощью медсестры. Для успешного выполнения целей, необходимо мотивировать пациента и создать благоприятную среду для их достижения.

В частности, примерный индивидуальный план ухода за нашим пострадавшим может иметь следующий вид:

— решение существующих проблем: ввести обезболивающее средство, снять стрессовое состояние у пациента с помощью беседы, дать седативное средство, научить пациента максимально себя обслуживать, то есть помочь ему адаптироваться к вынужденному состоянию, чаще беседовать, разговаривать с пациентом;

— решение потенциальных проблем: усилить мероприятия по уходу за кожей с целью профилактики пролежней, установить диету с преобладанием продуктов, богатых клетчаткой, блюда с пониженным содержанием соли и специй, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом физкультурой, проводить массаж мышц конечностей, заниматься с пациентом дыхательной гимнастикой, обучить членов семьи уходу за пострадавшим;

— определение возможных последствий: пациент должен быть вовлечен в процесс планирования.

Составление плана ухода предусматривает наличие стандартов сестринской практики, то есть выполнение того минимального качественного уровня обслуживания, который обеспечивает профессиональный уход за пациентом. Следует отметить, что разработка стандартов сестринской практики, как и критериев оценки эффективности сестринской помощи, сестринской истории болезни, сестринских диагнозов для здравоохранения России дело новое, но крайне важное.

После определения целей и задач по уходу медицинская сестра составляет собственно план ухода за пациентом — письменное руководство по уходу. План ухода за пациентом представляет собой подробное перечисление специальных действий медицинской сестры, необходимых для достижения сестринского ухода, который записывается в сестринскую историю болезни.

Подводя итог содержанию третьего этапа сестринского процесса — планированию, медицинская сестра должна четко представлять ответы на следующие вопросы:

- какова цель ухода?
- с кем я работаю, что представляет собой пациент как личность (его характер, культура, интересы и т. п.)?
- каково окружение пациента (семья, родственники), их отношение к больному, их возможности для оказания помощи, их отношение к медицине (в частности к деятельности медицинских сестер) и к лечебному учреждению, в котором проходит лечение пострадавший?
- каковы задачи медицинской сестры в достижении целей и задач по уходу за пациентом?
- каковы направления, способы и методы реализации целей и задач?
- каковы возможные последствия?

Спланировав мероприятия по уходу за пациентом, сестра их выполняет. Это будет **четвертый этап сестринского процесса — осуществление плана сестринских вмешательств** (рис. 4). Его целью является обеспечение соответствующего ухода за пострадавшим, то есть оказание помощи пациенту в выполнении жизненных потребностей; обучение и консультирование, при необходимости, пациента и членов его семьи.

Существуют три категории сестринского вмешательства: **независимая, зависимая, взаимозависимая**. Выбор категории основывается на нуждах пациента.

IV. Этап

Сестринские вмешательства



Рис. 4

Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от других специалистов. Например: обучение пациента навыкам самоухода, расслабляющий массаж, советы пациенту относительно его здоровья, организация досуга пациента, обучение членов семьи приемам ухода за больным и т. д.

Зависимое сестринское вмешательство выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением. Медицинская сестра несет ответственность за выполняемую работу. Здесь она выступает в роли сестры-исполнителя. Например: подготовка пациента к диагностическому обследованию, выполнение инъекций, физиотерапевтических процедур и т. д.

По современным требованиям медицинская сестра не должна автоматически выполнять указания врача (зависимое вмешательство). В УСЛОВИЯХ гарантии качества медицинской помощи, ее безопасности для больного сестра должна уметь определить, является ли данное предписание необходимым для пациента, правильно ли подобрана доза лекарственного препарата, не превышает ли она максимальную разовую или суточную дозы, учтены ли

противопоказания, совместимо ли данное лекарственное средство с другими, правильно ли выбран путь введения.

Дело в том, что врач может устать, у него может снизиться внимание, наконец, из-за ряда объективных или субъективных причин он может допустить ошибку. Поэтому в интересах безопасности медицинской помощи для пациента медицинская сестра должна знать и уметь уточнить необходимость тех или иных назначений, правильность дозировок лекарственных средств и т. д. Необходимо помнить, что медицинская сестра, выполняющая неверное или ненужное предписание, профессионально некомпетентна и так же ответственна за последствия ошибки, как и тот, кто сделал это назначение.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность медицинской сестры с врачом и другими специалистами (физиотерапевтом, диетологом, инструктором ЛФК, сотрудниками социальной помощи). Ответственность медицинской сестры одинаково велика для всех типов вмешательства.

Медицинская сестра выполняет намеченный план, применяя несколько методов ухода: помощь, связанная с жизненными ежедневными потребностями, уход для достижения терапевтических целей, уход для достижения хирургических целей, уход для облегчения достижения целей медицинского обслуживания (создание благоприятной окружающей среды, стимулирование и мотивация пациента) и т. п. Каждый из методов включает теоретические и клинические навыки. *Потребность пациента в помощи* может быть *временной, постоянной и реабилитирующей*. Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода. Например, при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т. д. Постоянная помощь требуется пациенту на протяжении всей жизни — при ампутации конечностей, при осложненных травмах позвоночника и костей таза и т. д. Реабилитирующая помощь — процесс длительный, его примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

Среди методов осуществления мероприятий по уходу за пациентами большую роль играют беседа с пациентом и совет, который может дать медицинская сестра в необходимой ситуации. Совет — это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая помощь, которая помогает по-

страдавшему подготовиться к настоящим или предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при любом заболевании и облегчает межличностные отношения между больным, семьей, медицинским персоналом. В число пациентов, нуждающихся в совете, включаются и те лица, которым нужно приспособиться к здоровому образу жизни — бросить курить, похудеть, увеличить степень подвижности и т. д.

Проводя четвертый этап сестринского процесса медицинская сестра осуществляет два стратегических направления:

— наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории болезни;

— наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу, связанных с постановкой сестринского диагноза и регистрация полученных результатов в сестринской истории болезни.

На этом этапе проводится и корректировка плана, если изменяется состояние пациента и поставленные цели не реализуются. Выполнение намеченного плана действий дисциплинирует и медицинскую сестру, и пациента. Нередко медицинская сестра работает в условиях дефицита времени, что связано с неукомплектованностью сестринского персонала, большим количеством пациентов в отделении и т. п. В этих условиях медицинская сестра должна определить: что должно быть выполнено немедленно; что должно выполняться по намеченному плану; что может быть сделано, если останется время; что можно и нужно передать по смене.

Заключительный этап процесса — оценка эффективности сестринского процесса (рис. 5). Его целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов. Оценка эффективности и качества ухода должна проводиться старшей и главной медицинскими сестрами постоянно и самой сестрой в порядке самоконтроля в конце и в начале каждой смены. Если работает бригада медицинских сестер, то оценка проводится сестрой, которая выполняет функции сестры-координатора. Систематический процесс оценки требует от медицинской сестры знаний, умения мыслить аналитически при сравнении достигнутых результатов с ожидаемыми. Если поставленные задачи выполнены и проблема решена, медицин-

V. Этап

Эффективность сестринского процесса

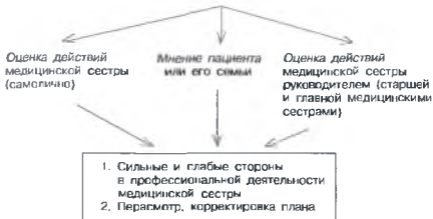


Рис. 5

ская сестра должна удостоверить это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, поставив дату и подпись.

Важное значение на данном этапе имеет мнение пациента о проведенных сестринских мероприятиях. Оценка всего сестринского процесса производится в том случае, если пациент выписывается, если его перевели в другое лечебное учреждение, если он скончался или в случае длительного наблюдения.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит к неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Таким образом, оценка результатов сестринского вмешательства дает возможность медицинской сестре установить сильные и слабые стороны в своей профессиональной деятельности.

Может показаться, что сестринский процесс и сестринский диагноз — это формализм, «лишние бумаги». Но дело в том, что за всем этим стоит пациент, которому в пра-

вовом государстве должна быть гарантирована эффективная, качественная и безопасная медицинская помощь, включая и сестринскую. Условия страховой медицины подразумевают, прежде всего, высокое качество медицинской помощи, когда должна быть определена мера ответственности каждого участника этой помощи: врача, медицинской сестры и пациента. В этих условиях поощрение за успех, взыскание за ошибки оцениваются морально, административно-юридически и экономически. Поэтому каждое действие медицинской сестры, каждый этап сестринского процесса фиксируются в сестринской истории болезни — документе, отражающем квалификацию медицинской сестры, уровень ее мышления, а значит, уровень и качество оказываемой ею помощи.

Несомненно, и об этом свидетельствует мировой опыт, внедрение сестринского процесса в работу медицинских учреждений обеспечит дальнейший рост и развитие сестринского дела как науки, позволит сестринскому делу в нашей стране оформиться в качестве самостоятельной профессии.

Сестринский персонал

Главное назначение сестринского дела в том, чтобы пациент как можно быстрее обрел независимость в медицинской помощи. В этом ему помогают все члены бригады медицинской помощи — врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал, лаборанты и т.д. В обстановке острой конкурентной борьбы, существующей сегодня в здравоохранении, сестринское дело находится в центре ухода за пациентом. Это сила, которая защищает права пациента, отвечая на его клинические, физические и психологические нужды. Роль медицинской сестры сильно изменилась по сравнению с первыми днями существования этой профессии, она переосмысливается и в здравоохранении, и в обществе, расширяются полномочия сестринского персонала. Главная роль в приобретении независимости пациента в процессе лечения принадлежит медицинской сестре, которая сочетает в себе не только аккуратность, приветливость, милосердие, трудолюбие, но и образование, интеллект, организаторские способности, порядочность, творческое мышление, профессиональную

компетентность. Она здесь занимает ведущее положение, выступает и как исполнитель, и как организатор.

Выступая в роли исполнителя, медицинская сестра контролирует уход за пациентом, помогает ему выполнять назначения, предписанные врачом, она планирует и реализует полную программу сестринских действий, направленных на улучшение здоровья, реабилитацию после болезни или поддержку в необратимых случаях.

Ключевую роль в организации и обеспечении лечения пациентов в медицинских учреждениях играют сестры-организаторы (старшие сестры, главные сестры). Они выступают одновременно в роли лидера, руководителя и администратора. Как лидер, медицинская сестра определяет стратегию сестринской деятельности, формирует картину будущей сестринской работы в лечебно-профилактическом учреждении, вырабатывает концепцию развития сестринской помощи в данном учреждении, ориентируется на потенциальные ресурсы. Выступая в роли руководителя, она планирует и контролирует сестринскую деятельность, опирается на реальные перспективы в работе, создает условия для функционирования и развития организации, мобилизует внутренние ресурсы. Как администратор, медицинская сестра решает текущие вопросы по сестринскому делу, концентрирует свое внимание на проблемах сегодняшнего дня, обеспечивает эффективное выполнение работы, использует имеющийся потенциал персонала. От работы сестер-руководителей во многом зависит качество и уровень оказания медицинской помощи пациентам.

В зависимости от того, насколько грамотно и профессионально медицинская сестра будет выступать в роли исполнителя или организатора, настолько успешно и эффективно будет построена сестринская помощь и весь сестринский процесс в лечебно-профилактическом учреждении, что непременно отразится в первую очередь на пациентах.

В настоящее время, учитывая перемены, происходящие в отечественном здравоохранении и обществе, сестре-руководителю приходится быть и педагогом-воспитателем. Под ее руководством находится не только разная возрастная категория медицинского персонала, но и люди с разным воспитанием, разной культурой и разными взглядами на жизнь, разной профессиональной подготовкой, и разным отношением к своей деятельности, большую часть

которых составляет молодежь. Поэтому зачастую сестре-руководителю приходится воспитывать своих подчиненных с морально-нравственных позиций, с этических и эстетических, приходится помогать им в решении вопросов, связанных с оказанием и организацией сестринской помощи на местах, помогать получить дополнительную медицинскую информацию по интересующим вопросам. Таким образом, очень важно, чтобы сестра-руководитель обладала педагогическими способностями, культурой общения, высоким творческим потенциалом и знала основы психологии личности.

Независимо от того, кем проявляет себя сестра-руководитель в определенной ситуации – лидером, администратором, организатором или педагогом-воспитателем, ей всегда приходится принимать решения. Насколько правильно будет принято то или иное решение, настолько эффективна будет сестринская деятельность в лечебном учреждении, настолько быстрее пойдет процесс лечения пациента. Сестре-руководителю необходимы знания для участия в различных процессах принятия решений: определение стоящей перед ней проблемы, сбор и анализ полезной информации и оценка альтернативных решений. Она должна обладать чувством ответственности при принятии решений. Такой медицинской сестре необходимо умение сбалансировать технические требования, человеческий фактор и политические, экономические и социальные реальности в сестринском секторе лечебно-профилактического учреждения.

Рекомендуемая литература

1. С. А. Мукина, И. И. Тарновская. Теоретические основы сестринского дела: Учебное пособие в 2 частях. Ч. 2. Москва, 1998. 184 с.
2. Теоретические основы сестринского дела. World Vision International, Москва, 1993 г. – 126 с.
3. Доротея Е. Орем. Сестринское дело. Москва, 1995 г. – 143 с.
4. Лидерство и мотивация. World Vision International, Москва, 1994 г.
5. Управление переменами. World Vision International, Москва, 1994 г.
6. Сестринский процесс и документация. «ЛЕМОИ». Учебные материалы по сестринскому делу. ВОЗ. Европейское региональное бюро. 1996 г. – 76 с.
7. И. Харди. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1981 г. – 286 с.
8. Г. И. Царегородцев. Этико-психологические проблемы медицины. Москва, «Медицина», 1978 г. – 348 с.
9. Jane Salvage. Развитие сестринского дела. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Копенгаген, 1996 г. – 162 с.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

В современной медицине область этических вопросов обозначается различными терминами: «врачебная этика», «медицинская этика», «медицинская деонтология», «биоэтика», «биомедицинская этика». Объяснение значения этих терминов можно дать, лишь хотя бы кратко изложив историю их возникновения.

Еще за 1500 лет до н. э. врачи Древней Индии давали профессиональную клятву. Для европейской медицины по сей день непреходящее значение имеет этика древнегреческого врача Гиппократ (460–370 гг. до н. э.), в особенности его знаменитая «Клятва». Основные положения профессиональной медицинской этики Гиппократ таковы:

1) **уважение к жизни** («Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария»);

2) **запрет на причинение вреда больному** («Я направлю режим больных к их выгоде... воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости»);

3) **уважение к личности больного** («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами»);

4) **врачебная тайна** («Что бы при лечении, а также и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»);

5) **уважение к профессии** («Клянусь считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство»).

Этическим вопросам медицины уделяли пристальное внимание многие корифеи отечественной медицины.

По-прежнему сохраняют свое значение профессиональные наставления студентам М. Я. Мудрова (1776–1831) – об этическом значении личной гигиены, культуры речи в поведении специалиста-медика, о медицинской тайне, обязательности элемента филантропии, о «всхливающей важности в общении» и, наконец, о призвании в медицине: «... Кто не хочет идти к совершенству сим многотрудным путем, кто звания сего не хочет нести с принадлежностью до конца дней своих, кто не призван к оному, но упал в оное препнувшись, тот оставь заблаговременно священные места сии и возвратись восвоися».

Вся почти 50-летняя жизнь в России немецкого врача (истового католика) Ф. И. Гааза (1780–1853), известного своим девизом «Спешите делать добро!», – это подлинный пример нравственной гениальности в человеческой истории – не случайно в 1994 г. был поднят вопрос об официальной канонизации римско-католической церковью «святого доктора». Главный урок медицинской этики, оставленный нам доктором Гаазом, который в течение четверти века состоял главным врачом московских тюрем, заключается в том, что и заключенные имеют право на гуманное отношение и качественное медицинское обслуживание. В декабре 1982 г. Генеральная Ассамблея ООН официально одобрила «Принципы медицинской этики», сделавшие такой подход к заключенным нормой международного права.

Особая роль Н. И. Пирогова (1810–1881) в формировании самостоятельной сестринской профессии хорошо известна. В годы Крымской войны, когда Н. И. Пирогов руководил деятельностью прибывших в распоряжение русской армии сестер милосердия, он считал, что важной функцией последних является, в частности, осуществление ухода за пациентами и предсмертного утешения раненых и больных.

Последние два десятилетия XIX в. постоянное внимание вопросам медицинской этики уделяла газета «Врач», созданная В. А. Манассеиным (1841–1901). Особенно характерен взгляд В. А. Манассеина на профессиональную медицинскую тайну, которая, с его точки зрения, не должна быть разглашаема ни при каких обстоятельствах (как и тайна исповеди). Принципиально иную позицию

отстаивал крупнейший отечественный юрист А. Ф. Кони (1844–1927): медицинская тайна (как и адвокатская, коммерческая и т. д.) — это «тайна обязательная», однако в особых случаях (например, при расследовании преступлений) для нее должны быть сделаны исключения.

В самом начале XX в. (в 1901 г.) были впервые напечатаны «Записки врача» В. В. Вересаева — произведение, значение которого для студентов-медиков невозможно переоценить. Здесь мы находим в художественно-публицистической форме запечатленный опыт души молодого человека, шаг за шагом входящего в мир медицины. Среди многих актуальных и по сей день сюжетов этой книги отметим лишь один — о правомочности и «пене» медицинских экспериментов на людях.

После 1917 г. вся система здравоохранения в России, как известно, подвергалась коренной реформе. В 20-е гг. в нашей стране все больше стал распространяться официальный взгляд на профессиональную медицинскую этику как «пережиток капитализма». Первый нарком здравоохранения Н. А. Семашко неоднократно повторял: «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны. Врачебной тайны не должно быть». Правда, позднее (в 40-е гг.) сам Н. А. Семашко вернулся к традиционному взгляду на врачебную тайну.

На фоне официально насаждаемого нигилизма в отечественной медицине как нечто отрадное необходимо вспомнить работы Н. Н. Петрова в 30–50-е гг., посвященные **медицинской деонтологии** (греч. deontos — долг, должное, logos — учение). Согласно Н. Н. Петрову, медицинская деонтология — это принципы поведения медицинского персонала, направленные исключительно на максимальное повышение суммы полезности лечения и максимальное устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. Как видим, Н. Н. Петров говорит здесь о непреходящем значении гиппократова этического принципа непричинения вреда.

В наши дни употребляются оба термина — и «**медицинская этика**», и «**медицинская деонтология**». Этика всего была частью философии, поэтому когда, например, говорится «католическая» или «протестантская медицинская этика», то подчеркивается исходный мировоззренческий (в дан-

ном случае — религиозный) аспект обязательных для врачей и медицинских сестер этических принципов, норм и стандартов. Понятие медицинской деонтологии отражает сами эти конкретные нормы и стандарты.

Начало современного этапа медицинской этики связано со второй мировой войной. После войны мир узнал о преступлениях фашистской антимедицины — «акциях эвтаназии», недобровольных медицинских экспериментах на военнопленных и т. д. В 1947 г. в приговоре американского трибунала нацистским врачам был сформулирован «Нюрнбергский кодекс» — своего рода этическая азбука проведения медицинских экспериментов на людях. В этом же 1947 г. возникла Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) — международная правительственная организация врачей, которая приняла в 1948 г. «Женевскую декларацию», являющуюся современным аналогом «Клятвы Гипократа», а в 1949 г. — «Международный кодекс медицинской этики». На протяжении полувека ВМА приняла десятки этических нормативных документов, которые, по сути дела, и составляют современное содержание медицинской этики, выраженной в виде строго сформулированных норм (Деклараций, Заявлений и т. д.)

Многообразие названных нормативных документов по вопросам медицинской этики, созданных не только Всемирной Медицинской Ассоциацией (ВМА), но и в многочисленных комитетах и комиссиях ВОЗ, ЮНЕСКО, ООН, Совета Европы и т. д., само по себе требует анализа и объяснений. У этого феномена, по крайней мере, две причины. Во-первых, современный научно-технический прогресс сопровождается в области медицины появлением совершенно новых этических проблем (например, в трансплантологии). Во-вторых, предоставление медицинской помощи в последние 20—30 лет все чаще рассматривается под углом зрения гарантий, защиты прав человека. В известном смысле, в течение последней четверти XX в. в медицине сформировалась Новая этика, основополагающей категорией которой является категория «права пациента». Сначала в США, а затем и в других странах для ее обозначения даже стали употреблять новый термин «биоэтики».

Биоэтику иногда определяют как **изучение этических аспектов проблемных ситуаций в современной медицине** – искусственного оплодотворения, аборта, стерилизации, нового определения смерти человека (смерть мозга), эвтаназии, трансплантации органов, медико-генетического консультирования, оказания психиатрической помощи и т. д. Важно подчеркнуть, что в биоэтических исследованиях принимают участие, кроме специалистов-медиков, также философы, богословы, юристы, социологи и т. д. То есть биоэтика – это междисциплинарная область современных научных исследований. Особую остроту многим биоэтическим публикациям придает как бы постоянно присутствующий в них спор с самим Гиппократом (например, по проблемам эвтаназии или искусственного аборта). Еще одно краткое определение биоэтики может быть таким – это **исследование проблемы прав человека в современной медицине**. А так как защита, гарантии прав человека – это не только теоретический вопрос, но и практический, по мере развития биоэтики идет все более углубляющийся процесс ее институционализации, то есть **формирование особых общественных учреждений, призванных обеспечить защиту прав человека в условиях современной медицины**. Речь идет прежде всего об этических комитетах, осуществляющих контрольную, консультативную функции при организации современных медико-биологических исследований, анализ конкретных морально-этических коллизий, возникающих в современной клинической практике и т. д. Ввиду того, что биоэтика сохраняет преемственность с классической медицинской этикой, восходящей к Гиппократу, в литературе столь же часто употребляется термин «биомедицинская этика».

Основополагающими принципами биомедицинской этики являются:

- принцип гуманности, уважения человеческого достоинства личности;
- принцип уважения моральной автономии личности;
- принцип благодеяния;
- принцип справедливости.

Модели взаимоотношений медицинских работников и пациентов Права пациентов

В литературе по биомедицинской этике широкую известность приобрела работа американского врача и биозтика Роберта Вича (1992), описавшего четыре модели взаимоотношений медицинских работников и пациентов.

Патерналистская (от лат. *pater* – отец) модель характеризуется тем, что медицинский персонал относится к пациентам как родители относятся к своим детям. То есть врач или медицинская сестра сами определяют, в чем заключается благо пациента, в основном принимают важные для пациента решения и берут, соответственно, большую часть ответственности при этом на себя. «Святая ложь» как сокрытие правды о диагнозе от самого больного и применение «плацебо» (от лат. *placere* – нравиться), то есть фармакологически нейтрального средства, которое выдается за эффективно действующее лекарство – наиболее яркие примеры патерналистского отношения к пациентам.

Инженерная модель характеризуется тем, что врач или медицинская сестра сводят свою роль к тому, чтобы выявлять и восстанавливать какие-то функции, устранять поломки в организме пациента. Межличностный аспект взаимоотношений медицинского персонала и пациентов здесь целиком или почти целиком игнорируется. Эта модель может превалировать в кабинетах (отделениях) рентгенологического обследования, функциональной диагностики, в работе с больными в бессознательном состоянии в реанимационных отделениях.

Коллегиальная модель характеризуется полным взаимным доверием медицинского персонала и пациентов. Стремясь к общей цели, врач или медицинская сестра становятся «друзьями» больного. Сам Р. Вич считает, что такая модель противоречит социальному реализму. Думаем, что в целом это правильно, но нельзя забывать и об исключениях. Например, в случаях некоторых длительно текущих хронических заболеваний пациент должен быть подготовлен не только к грамотной оценке своего состояния (уровня артериального давления, содержания сахара в крови

или моче), но и к соответствующим мерам самопомощи, например, в кризисных ситуациях.

Контрактная модель в редких случаях может выглядеть как юридически оформляемый договор с пациентом (например, как «Заявление-обязательство донора спермы»). Гораздо же чаще между медицинским персоналом и пациентом устанавливается как бы негласный договор, согласно которому врач или медицинская сестра не просто считают благо больного приоритетной целью своей профессиональной деятельности, но учитывают также ситуации, когда сам пациент иначе понимает высшее благо для себя, чем медицинские работники. Например, больная раком молочной железы отказывается от рекомендованной ей врачом радикальной операции по косметическим соображениям. По Р. Вичу, именно контрактная модель предполагает последовательное уважение прав пациента.

Первый кодекс прав пациента был принят в 1972 г. в США. В 1981 г. ВМА приняла «Лиссабонскую декларацию о правах пациентов», где провозглашаются его права на выбор врача; и обязательно врача, обладающего профессиональной независимостью; согласие или отказ в отношении предлагаемого лечения после получения адекватной информации; конфиденциальность; достойную смерть; духовное или моральное утешение, в том числе помощь представителя соответствующей религии. В 1995 г. ВМА в Бали (Индонезия) одобрила новую, расширенную Декларацию о правах пациентов.

В нашей стране содержание прав пациентов нашло отражение в законодательных актах, принятых в основном в 1993 г. и прежде всего в «**Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан**».

В ст. 30 «**Основ...**» дается **общий перечень прав пациентов**: на выбор врача; на консультации других специалистов и консилиум; на лечение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством (данный пункт следует особо подчеркнуть); на конфиденциальность; на информацию; на информированное добровольное согласие; на отказ от медицинского вмешательства; на возмещение ущерба, причиненного при оказании медицинской помощи; на допуск к нему адвоката и священнослужителя и т. д. К сожалению, в этом довольно длинном перечне прав пациентов не нашлось места одному из шести пунктов

«Лиссабонской декларации» — праву на достойную смерть.

Ст. 31 «Основ...» конкретизирует **право пациента на информацию** о своем здоровье, о всех аспектах предлагаемых или проведенных медицинских вмешательств. В Законе специально подчеркивается, что пациент имеет право на информацию о сопровождающем медицинское вмешательство риске и об имеющихся в арсенале современной медицины альтернативных подходах. Здесь говорится, что пациент имеет право на знакомство с медицинской документацией, отражающей его здоровье, а также на предоставление ему копий медицинских документов (если это не затрагивает еще чьи-либо интересы).

В одном пункте содержания ст. 31 «Основ...» приходит в противоречие с существующей клинической практикой. Имеется в виду вопрос об информировании тяжело больных, incurable (прежде всего — в онкологии) больных. Язык Закона строг и однозначен: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья...». Правда, ниже говорится, что информация не должна предоставляться против воли больного (значит, если онкологический больной не хочет знать правды о диагнозе и (или) прогнозе, врач или медицинская сестра имеют законное право придерживаться патерналистского правила «святой лжи». А если больной хочет знать правду? Закон здесь опять однозначен и строг: «... информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи...». Дополненная в 1995 г. «Лиссабонская декларация о правах пациентов» более гибко решает эту труднейшую этическую проблему: «В исключительных случаях информация может скрываться от пациента, когда есть основания полагать, что эта информация может причинить серьезный ущерб жизни или здоровью пациента».

Ст. 32 «Основ...» дает **юридическое толкование важнейшего понятия** биомедицинской этики и современного медицинского права — **«информированного согласия»**: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина...». Согласие будет осознанным, если оно дается на основе адекватной, полной информации, и будет добровольным, если его не сопровождает психологическое давление (например, запугивание). Если больной в

бессознательном состоянии, а медицинское вмешательство неосложнено, решение о его проведении принимает консилиум или дежурный врач сам (когда нет возможности собрать консилиум). Право давать согласие, как и получать информацию о своем здоровье (в ст. 31) наступает в 15 лет. За несовершеннолетних до 15 лет и недееспособных душевнобольных дают согласие их родители и опекуны. Когда речь идет о некомпетентных пациентах (несовершеннолетних до 15 лет и недееспособных душевнобольных), врач или медицинская сестра должны стремиться к тому, чтобы и эти пациенты, в меру своего психического развития или сохранности психических функций, принимали участие в выработке решений, касающихся их здоровья.

Очевидно, что право пациента на отказ от медицинского вмешательства (о котором идет речь в ст. 33 «Основ...») — есть обратная сторона его права на «информированное согласие». В Законе подчеркивается обязанность медицинских работников разъяснить пациенту последствия отказа от медицинского вмешательства и обязанность письменного оформления отказа. Следует заметить, что согласие на медицинское вмешательство должно быть письменным только в некоторых случаях: при оказании психиатрической помощи; при искусственном оплодотворении; при стерилизации с целью контрацепции; при изъятии органов у живых доноров. Важнейшее этическое дополнение к ст. 33 «Основ...»: отказ от медицинского вмешательства не должен изменить гуманного, уважительного характера отношения к больному медицинского персонала.

Право пациента на отказ от лечения в некоторых случаях может порождать острейшие морально-этические коллизии. Например: больная с внематочной беременностью, оперирована. В послеоперационном периоде в крови — очень низкое содержание гемоглобина. Рекомендовано переливание крови, от которого больная категорически отказалась, ссылаясь на принадлежность к секте Свидетелей Иеговы. Лечащий врач принял решение произвести переливание крови под внутривенным наркозом. Однако до окончания переливания больная проснулась, а в итоге у нее развилась тяжелая депрессия. Если бы речь шла о ребенке, родители которого в силу своих религиозных убеждений отказывались от медицинской помощи,

необходимой для спасения его жизни, то в таком случае Закон предписывает медицинским работникам обратиться в суд для защиты права на жизнь ребенка. Что же касается компетентных пациентов, то, следуя букве ныне действующего законодательства, врач должен был письменно оформить отказ больной от переливания крови и настойчиво искать любые другие альтернативные методы лечения и... может быть, потерять больную.

Профессиональная тайна

По крайней мере, со времен Гиппократов медицинские работники давали клятвенное обещание хранить секреты, доверенные им больными. Великий врач средневекового Востока Авиценна говорил: «Оберегай тайну от всех расспрашивающих, пленница твоя — твоя тайна, если ты сбережешь ее, и ты пленник ее, если она обнаружилась». В «Женской декларации» ВМА (1948, 1968, 1983, 1994) говорится: «... торжественно клянусь... хранить вверенные мне тайны даже после смерти пациента».

С этической точки зрения понятие «медицинская тайна» есть: во-первых, подтверждение принципа уважения к пациенту, уважения его человеческого достоинства, его законных прав, его особого права на конфиденциальность; во-вторых, распространение принципа непричинения вреда на все стороны жизнедеятельности, образа жизни пациента, его благополучия, которому может нанести ущерб разглашение медицинским работником конфиденциальной профессиональной информации. К сожалению, разглашение профессиональных тайн часто происходит по болтливости медиков. Поэтому уже со студенческих лет будущие медицинские работники должны приучить себя к особой моральной дисциплине в обращении с профессиональной информацией. Это такое же важное профессиональное качество, как и научная подготовка и мануальная техника. Выражаясь старомодно о медицинском работнике, допустившем разглашение профессиональной тайны, следует говорить как о клятвопреступнике.

Вопрос о профессиональной медицинской тайне не только этический, но и юридический. В первые десятилетия советской истории в нашей стране официально насаждался

нигилистический «курс на уничтожение врачебной тайны». В «Основах законодательства СССР о здравоохранении», принятых в 1969 г., имелась ст. «Врачебная тайна» (ей соответствовала ст. 19 «Закона РСФСР о здравоохранении»), где в принципе правильно говорилось, что врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больных, а в случаях, когда того требовали интересы охраны здоровья населения (например, при угрозе распространения инфекций) или правосудия, руководители учреждений здравоохранения обязаны были передавать конфиденциальную информацию по служебным каналам. В «Присяге врача Советского Союза» тоже содержалась этическая норма «... хранить врачебную тайну». В то же время в течение многих лет, вплоть до 90-х годов, в нашей стране происходило разглашение врачебной тайны в самом массовом медицинском документе — листке нетрудоспособности, и, по сути дела, это считалось социальной нормой.

В ныне действующих «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» регламентация вопроса о врачебной тайне содержится в статьях 49 и 61. В ст. 49 «Экспертиза нетрудоспособности» закон предписывает врачам вносить сведения о диагнозе в листок о нетрудоспособности только с согласия самого пациента, а при его несогласии указывается общая причина нетрудоспособности — заболевание, травма и т. д.

В ст. 61 «Врачебная тайна» сначала перечисляются виды конфиденциальной информации, в том числе и сведения о самом факте обращения в медицинское учреждение. Крутлиц, обязанных не разглашать конфиденциальную медицинскую информацию — это медицинские работники, получившие такую информацию при исполнении профессиональных или служебных обязанностей, студенты-медики, а также любые лица, ставшие обладателями этой информации в официальном порядке (нотариусы, работники профсоюзных органов и т. д.). Закон допускает использование конфиденциальной медицинской информации в учебном процессе в научных исследованиях, публикацию ее в средствах массовой информации — только с согласия самого пациента.

Важнейшая часть ст. 61 «Основ...» — перечень ситуаций, допускающих передачу конфиденциальной информа-

ции о больном без его согласия (или даже вопреки его согласию): в целях предупреждения распространения инфекций, отравлений и т. д.; по запросу правовых учреждений; при информировании законных представителей некомпетентных пациентов (например, родителей детей до 15 лет); если причина нарушения здоровья противоправные действия (например, огнестрельное ранение); если пациент в силу своего состояния не может дать согласия.

Ответственность за разглашение профессиональной медицинской тайны, во-первых, распространяется на весь круг лиц, обязанных ее хранить, а во-вторых, в зависимости от тяжести наступивших последствий она может быть от дисциплинарной (замечание на «пятиминутке» и т. д.) до уголовной.

Профессиональные ошибки. Ятрогении

Тема профессиональных ошибок медицинских работников занимает очень важное место не только в медицинской этике, но и постоянно освещается, исследуется юристами. В 1837 г. Н. И. Пирогов писал, что каждый добросовестный врач, особенно преподаватель, должен стремиться «обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих». В определенном смысле можно сказать, что лейтмотивом «Записок врача» В. В. Вересаева является вопрос об ошибках в медицине, которые, во-первых, неизбежны у каждого врача (в особенности — молодого), во-вторых, есть дорогая цена научного прогресса в медицине. По В. В. Вересаеву, число совершаемых в медицине ошибок обратно пропорционально доверию к ней населения.

Современный подход большинства отечественных медиков к проблеме профессиональных ошибок восходит к работе И. В. Давыдовского «Врачебные ошибки», опубликованной в 1941 г. Как считал И. В. Давыдовский, ошибки в медицине неизбежны, а острота этой проблемы прежде всего связана с «резко возросшей активностью современных методов лечения и диагностики» и с отрицательными сторонами специализации в медицине. Особенно важна трактовка И. В. Давыдовским вопроса об ответственности медицинского работника, совершившего профессиональ-

ную ошибку. Если в действиях медика имело место профессиональное невежество, то он должен быть отстранен от работы, в противном же случае — «незнание чего-либо не есть преступление».

В последующие годы отечественные судебно-медицинские экспертизы стали определять понятие «врачебная ошибка» как «добросовестное заблуждение при исключении умысла, неосторожности или недобросовестности...».

Врачебные ошибки... не подлежат уголовной ответственности». В одном из обзоров данных судебно-медицинских экспертиз примерно 2,5% неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи (как правило, летальных) были квалифицированы как «несчастные случаи», а около 30% — как «врачебные ошибки». «Несчастные случаи» — это те случаи, когда медицинские работники действовали в рамках общепринятых профессиональных требований и возникших осложнений никак не могли ни предвидеть, ни предупредить. В группу «врачебные ошибки» включены случаи атипичного течения заболеваний и еще больше случаев, когда причиной ошибки была недостаточная квалификация врача.

Надо сказать, что юристы, рассматривая «медицинские дела», не используют понятия «врачебная ошибка» или «несчастный случай». Расследуя в судебном порядке неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи, они используют совсем другие категории — «виновен» или «не виновен» медицинский работник в связи с определенными профессиональными действиями или, напротив, с бездействием.

Тема профессиональных ошибок медицинских работников обсуждалась ВМА. В принятом ею «Положении о медицинской небрежности» (Испания, 1992), в частности, отмечались следующие причины роста в последние годы претензий пациентов в связи с медицинской небрежностью: возросший уровень медицинских технологий, зачастую сопряженных с серьезным риском; пагубная роль публикаций в средствах массовой информации, которые возбуждают недоверие к медицинским работникам, ставя под сомнение их компетентность и побуждая пациентов подавать жалобы на медиков; часто распространенная ошибка в массовом сознании, когда право на охрану здоровья (что достижимо) понимается как право на гарантию здоровья (что недостижимо) и т. д.

Далее в Положении четко различаются: **медицинская небрежность**, которая бывает связана с неспособностью медицинского работника обеспечить стандарты лечения, с недостаточным мастерством или его небрежностью, что является непосредственной причиной вреда, нанесенного пациенту; **неудачные последствия оказания медицинской помощи** не по вине медицинских работников. Как считают эксперты ВМА, компенсация пациентам может устанавливаться в обоих случаях; во втором случае это зависит от экономического положения общества, которое должно решить вопрос об источнике финансирования особого фонда солидарности без увеличения затрат самих медицинских работников.

В целях обеспечения справедливого и беспристрастного подхода к пациентам и медицинским работникам в ситуациях претензий первых ко вторым ВМА рекомендует национальным медицинским ассоциациям различные направления общественной деятельности — программы информирования общественности о риске, связанном с некоторыми современными методами клинической медицины и программы обучения по вопросам получения информированного согласия пациентов в таких ситуациях; информирование общественности о возможности ущерба в ходе лечения, который невозможно предусмотреть и который не является результатом медицинской небрежности; регламентация практики медицинских работников, которые обнаруживают недостаточность знаний или навыков с предоставлением им возможности устранения в их профессиональной подготовке и т. д.

Ятрогении (от греч. *iatros* — врач и *генпао* — порождаю) — болезни, патологические состояния, вызванные какими-либо профессиональными действиями врача или другого специалиста-медика. Термин «ятрогении» был введен в 20-е гг. нашего столетия и поначалу означал неосторожное обращение врача со словом, нарушение «психической асептики», в результате чего у пациента, например, появляются ипохондрические жалобы. В последние десятилетия понятие ятрогений значительно расширено: это — всякое нанесение ущерба здоровью пациента какими-либо медицинскими факторами. Например, заражение пациентов в больничных условиях вирусом гепатита «В» или ВИЧ-инфекцией — это примеры ятрогений.

Наиболее часто в современной медицине встречаются лекарственные ятрогении. В начале 60-х гг. в Германии и некоторых других западных странах родилось более 10 тысяч детей с врожденными уродствами. Их матери во время беременности принимали новый транквилизатор «Талидомид».

Понятия «профессиональные ошибки» и «ятрогении» очень близки по содержанию, ведь много ятрогенных состояний бывает результатом профессиональной ошибки врача или медицинской сестры. Поэтому по-прежнему остается актуальным совет И. В. Давыдовского — «регистрация, систематизация и изучение таких явлений в медицине обязательны, поскольку медицина есть наука» и поскольку (добавим мы) процесс обучения, профессионального роста медицинских работников должен быть непрерывным процессом. Или, как говаривал М. Я. Мудров: «Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку». Несомненно, слова эти можно отнести и к медицинским сестрам.

Медицинские вмешательства в репродукцию человека

В современной биомедицинской этике больше всего споров связано с рождением и умиранием человека. Медицинские вмешательства, направленные, с одной стороны, на лечение бесплодия, а с другой — на предупреждение зачатия и прерывание беременности, сопряжены со многими философскими, религиозными, морально-этическими, правовыми и т. д. проблемами, большая часть которых не имеет однозначного решения.

Новые репродуктивные технологии. Методы искусственного оплодотворения — искусственная инсеминация и экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ) в основном применяются для лечения бесплодия. Искусственная инсеминация известна уже около 200 лет. В современной модификации эта репродуктивная технология используется в массовой медицинской практике с 60-х гг., в нашей стране — с 1981 г. Метод ЭКО и ПЭ создан эмбриологом Р. Эдвардсом и акушером-гинекологом П. Стептоу в Англии, где в 1978 г. родился первый «ребенок из пробирки». В России он успешно применяется с 1986 г.

Благодаря использованию спермы донора, искусственная инсеминация получила широкое распространение в случаях мужского бесплодия в семье. Гораздо реже, но тоже применяется искусственная инсеминация спермой мужа, например, в случаях «отсроченного родительства» — после того, как сам он подвергся лечению, косвенным следствием которого является стерильность.

Этические проблемы прежде всего связаны с практикой применения донорской спермы. Авторитеты христианской религии видят здесь аналог прелюбодеяния, светские же критики метода обвиняют доноров спермы в моральной распущенности и т. д. В противоположность такой позиции, ВМА в своем «Заявлении об искусственном оплодотворении» (Мадрид, 1987) считает медицинскую помощь, оказываемую при бесплодии, оправданной как с научной, так и с этической точек зрения. Однако такой подход предполагает умение видеть и оптимально разрешать следующие этические трудности: этический принцип непричинения вреда здоровью будущего ребенка, благополучию семьи, требует особой строгости при обследовании здоровья доноров.

Признанная во всех странах тайна донорства, во-первых, требует надежной защиты информации о донорах от третьих лиц, а во-вторых, вступает в противоречие с правом родившихся таким образом детей по достижении совершеннолетия знать о своих биологических родителях. Не исключено также, что тайна донорства чревата опасностью инцеста (кровосмешения) в будущем между братом и сестрой (по отцу). Такая возможность становится более вероятной в связи с принятым в нашей стране понятием «активные доноры»: это здоровые лица от 25 до 40 лет, сдающие сперму не чаще чем 5 раз в месяц и не дольше, чем в течение 5 лет. Этический аспект есть у оплаты донорства спермы. Так как в нашей стране оплата (пусть и сравнительно небольшая) осуществляется только за качественный (по данным спермограммы) донорский материал, можно говорить о купле-продаже при донорстве, что, безусловно, является неэтичным.

Еще больше этических проблем связано с применением метода ЭКО и ПЭ. Религиозные авторы отвергают этот метод в принципе как «опасный шаг к дегуманизации человеческой жизни у самых ее истоков». ВМА же считает

метод допустимым: во-первых, как оставшуюся единственную возможность при лечении некоторых форм бесплодия; во-вторых, как способ профилактики генетических аномалий; в-третьих, как важное научное направление исследования репродукции и контрацепции. Однако здесь же ВМА подчеркивает исключительную важность соблюдения норм медицинской этики.

По сути дела, все фазы осуществления ЭКО и ПЭ сопряжены с трудными этическими проблемами. Само начало применения метода, а именно гиперстимуляция яичников, чтобы в одном цикле получить несколько, иногда до 20, зрелых яйцеклеток, нередко сопровождается серьезными осложнениями (кисты яичников и т. д.). Возникают вопросы: насколько адекватно информирована об этом женщина, удовлетворительна ли юридическая форма получения «информированного согласия».

Процедуре оплодотворения (на самом деле в чашке, а не в пробирке) подвергаются все полученные зрелые яйцеклетки (чтобы повысить вероятность успеха), но спустя примерно трое суток в матку переносят не более, чем три-четыре ранних эмбриона (состоящих из 4–8–16 клеток). Риск многоплодной беременности оказывается примерно в 20 раз выше, чем при естественном зачатии. Допустим, после первого переноса эмбрионов наступает долгожданная беременность, тогда что сделать с оставшимися «лишними» эмбрионами (они живые и сохраняются в замороженном состоянии при температуре минус 196 градусов).

Противники абортс заявляют, что если их просто заморозить, значит «сделать аборт». Трансплантировать их другой женщине или использовать как объекты биомедицинских исследований — это новые этические и юридические проблемы. Состояние здоровья детей, родившихся с помощью ЭКО и ПЭ, к сожалению, еще недостаточно научно исследовано. Имеющиеся же данные говорят, что в практике применения новых репродуктивных технологий встречается серьезная патология у детей (необходимо однако при этом учесть возраст, общее состояние здоровья и в особенности репродуктивное здоровье их матерей).

Согласно «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан» (ст. 35), право на применение методов искусственного оплодотворения есть у каждой совершеннолетней женщины детородного возраста. Однако соот-

ветствующие Инструкции Минздрава РФ предписывают применение данных технологий по медицинским показаниям, что, кстати, соответствует документам ВМА, Совета Европы и т. д. Данное противоречие усугубляется, когда мы имеем дело с незамужней женщиной, которая хочет воспользоваться одним из методов искусственного оплодотворения, не имея к этому медицинских показаний. Упомянутые Инструкции Минздрава РФ, противореча своему собственному содержанию, разрешают ей такую медицинскую услугу.

К сожалению, ни в Законе, ни в Инструкциях Минздрава РФ ничего не говорится о **суррогатном материнстве**. В настоящее время оно не противоречит букве существующего российского законодательства (являясь в медикотехническом плане модификацией метода ЭКО и ПЭ, но этого недостаточно). Во многих странах ситуация суррогатного материнства регулируется особыми юридическими и (или) медико-этическими нормами. В России же этот вопрос пока только нашел отражение в одном из альтернативных законопроектов «О репродуктивных правах граждан», обсуждающемся на парламентских слушаниях Государственной Думы с 1996 г.

Как с морально-этической, так и с юридическо-правовой точек зрения здесь возникает много вопросов: допустима ли вообще такая медицинская практика, если она допустима, то при каких условиях. В то же время ВМА допускает практику суррогатного материнства только при оказании помощи женщине, не имеющей матки, осуждая и безусловно отвергая при этом любой коммерческий подход.

Искусственный аборт. Вопрос об аборте — это часть вопроса о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах человека. **Репродуктивное здоровье** отражает очень важный аспект здоровья вообще и предлагает: способность воспроизводить потомство, свободное принятие решений в этой сфере, доставляющее удовлетворение и безопасную половую жизнь. **Репродуктивные права** призваны создать социальные предпосылки для обеспечения репродуктивного здоровья. Репродуктивные права нашли отражение во многих международных документах по правам человека и национальных законодательствах. Важнейшее из этих

прав — это право человека на свободное ответственное решение относительно количества своих детей и времени их рождения. Это право становится реальным лишь при доступности женщинам и мужчинам всей совокупности современных средств планирования семьи, одним из которых в определенном смысле может считаться и искусственный аборт.

Женщина рождает то количество детей, которое соответствует условиям и ситуации, в которой она находится. К сожалению, то или другое количество абортов неизбежно в современном обществе. Если учитывать социальные реалии, то следует признать, что борьба против абортов как таковых, по меньшей мере, утопична. Борьба с абортами в условиях нашей страны предполагает две четко определенные цели: всмерное снижение доли небезопасных абортов и совершенствование служб планирования семьи, компетентное применение альтернативных абортных методов контроля над рождаемостью.

Таким образом, нужна «двойная стратегия». В современном обществе женщина должна иметь доступ к сексуальному просвещению, у нее должен быть выбор средств регулирования фертильности. Но и при наличии этих возможностей при случайной беременности ей должен быть доступен адекватный, гуманный, безопасный и легальный аборт. **Вопрос об аборте — это не только вопрос о его опасности или безопасности, но и вопрос права женщины.**

Противники абортов не без основания делают главный акцент на том, что это всегда произвольное лишение человеческого существа жизни и по сути есть убийство, и потому вообще нельзя говорить о «праве на убийство». Наиболее последовательно такой подход проводится у религиозных авторов. В своей Энциклике (Окружном послании) «HUMANAE VITAE» глава римско-католической церкви Павел VI в 1968 г. наложил запрет на искусственный аборт, «пусть даже по здравоохранительным мотивам». В принципе такой же бескомпромиссной позиции придерживается и один из православных авторов — протоиерей Дмитрий Смирнов.

Философская проблема начала человеческой жизни, возникновения, формирования человеческой личности здесь предполагается окончательно решенной — это начало совпадает с зачатием, с образованием зиготы. Большой эмо

циональной силой обладают аргументы противников абортов, приводимые ими из научных источников. Сердцебиение у плода на 18-й день после зачатия, на 21-й день у него имеется замкнутая система кровообращения, а 40-й день можно обнаружить электрические импульсы мозга, на шестой-седьмой неделе плод начинает самостоятельно двигаться, в 8 недель он начинает сосать палец, в 11–12 недель он активно дышит в околоплодных водах и т. п. Следует подчеркнуть особую значимость трех из вышеназванных фактов: начало сердцебиения и самостоятельного дыхания (в медицине всегда считалось, что с утратой именно этих функций человек умирает) и появление электрической активности мозга (согласно новейшим взглядам на умирание, смерть человека наступает со смертью его мозга).

Обобщением приведенных фактов является утверждение противников абортов, что эмбрион, плод имеет право на жизнь, как и всякий другой человек. И тогда, как ранние аборты (до 12 недель), так и поздние (после 20 недель) следует квалифицировать как дискриминацию человека по возрасту и по месту жительства. Особая тема (которая должна столько же волновать и сторонников абортов, хотя поднимают ее в основном их противники) — чувствует ли плод боль. В научном плане это чрезвычайно сложный вопрос, потому что боль есть психофизиологический феномен. Дж. Уилки и Б. Уилки (1994) приводят мнения ученых, согласно которым эмбрион чувствует боль в 7 или 11 недель. Бесспорным можно считать следующее: чем позднее производится аборт, тем актуальнее становится этот вопрос.

В России одно из самых либеральных законодательств об аборте. Ст. 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» разрешает «аборт по просьбе» до 12 недель беременности; по социальным показаниям — женщина или ее муж безработные, число детей 3 и более и т. д. — до 22 недель; по медицинским показаниям — независимо от срока беременности.

Каково же решение проблемы аборта с позиций современной медицинской этики? ВМА приняла «Декларацию о медицинских абортах» в 1973 г. и дополнила ее в 1983 г. В ней провозглашается основополагающий моральный

принцип медицины — уважение к человеческой жизни с момента зачатия, но признается неизбежность обстоятельств, противопоставляющих интересы матери и ее неродившегося ребенка, что ставит врача перед выбором — сохранять или преднамеренно прервать беременность — любое решение заслуживает уважения. Если аборт разрешен законом, то компетентный специалист может прервать беременность. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или произвести аборт, он должен перепоручить пациентку другому специалисту.

Контрацепция — это профилактика нежелательной беременности. Контрацептивы есть средства контроля рождаемости, важнейший элемент современной системы планирования семьи. Различают следующие методы контрацепции: традиционные (ритмический, прерванный половой акт и др.) и современные (стерилизация, оральные контрацептивы — ОК, внутриматочные средства — ВМС и др.). В начале 90-х гг. показатель применения контрацепции (процент супружеских пар, в которых жены в репродуктивном возрасте) в мире в целом в среднем составлял 57% (все методы) и 49% (современные методы), в развитых странах — соответственно 71% и 51%, в Восточной Азии (без Японии) — 79% и 79%, в Латинской Америке — 59% и 49%, в Африке — 19% и 15% и т. д. В России более 50% используют традиционные методы контрацепции (отечественные методы ВМС — 17% и ОК — 1,7%). Наша страна занимает предпоследнее место по применению современных противозачаточных средств среди развитых стран. Чрезвычайно низкая культура контрацепции в России означает также плохую подготовку медицинских работников в этой области.

Мировоззренческие споры вокруг контрацепции, может быть, менее напряженные, чем вокруг абортов, но в своих крайних выражениях они тоже являются столкновением религиозного и светского подходов. Уже упоминавшаяся выше Энциклика римского папы Павла VI «HUMANAE VITAE» (1968) запрещает использование всех видов контрацепции, кроме некоторых традиционных — ритмического и временного воздержания. В Энциклике папы Иоанна Павла II «VERITATIS SPLENDOR» («Благодородство истины»), опубликованной в 1993 г., современная контрацеп-

ция опять охарактеризована как примеры действий, «присущих злу». Аналогичная позиция и у православного автора.

В контексте философии репродуктивного, сексуального здоровья право женщины на доступ к современной контрацепции является ее приоритетным правом. Прежде всего право женщины на контрацепцию коррелирует с ее правом на жизнь. В России в связи с беременностью ежегодно погибает 2500 женщин — половину этих смертей можно было бы предотвратить с помощью эффективных служб планирования семьи. Особенно следует подчеркнуть значение доступной современной контрацепции для женщин «зоны риска» (слишком юные и старше 35 лет). **Право женщины на контрацепцию — это также важнейшая составляющая ее права на охрану здоровья.** Наконец, если учесть, что в среднем каждая женщина в течение своей жизни около 20 лет испытывает страх перед нежелательной беременностью, то право на контрацепцию значит для нее быть свободной от этого страха.

Каковы же собственно медико-этические вопросы здесь? Контрацептивные средства предназначены для массового применения у, как правило, здоровых людей. С точки зрения этического принципа непричинения вреда, все имеющие место при этом осложнения должны оцениваться несколько иначе, чем в терапевтической ситуации. Далее. Стопроцентно эффективного контрацептивного средства нет, и бывают случаи, когда женщина принимает гормональные контрацептивы, будучи уже беременной, но не зная об этом. Если возможности произвести аборт нет, возникает еще один вопрос — не нанесен ли уже серьезный вред здоровью ребенка? То есть, приходится признать некоторый резон в критике современных методов контрацепции (как «противоестественных») со стороны религиозных авторов.

Современные системы планирования семьи предполагают эффективные программы полового воспитания, а в некоторых странах и распространение оральных контрацептивов, презервативов в такой, например, «группе риска», как подростки.

Стерилизация. Среди методов контрацепции стерилизация занимает особое место. В XX веке было несколько периодов повышенного интереса к этому методу. В первой половине века, в связи с широким распространением идей

евгеники, во многих странах (США, Швейцарии и др.) применялась недобровольная стерилизация. После принятия в 1933 г. в Германии «Закона о наследственности и здоровье» около четверти миллиона человек, страдающих шизофренией, наследственным слабоумием, слепотой и глухотой, были подвергнуты насильственной стерилизации.

Начиная с 50-х годов, когда начали действовать первые национальные программы контроля над рождаемостью (сначала в Индии и Пакистане, несколько позднее в Китае и других странах), стерилизация стала все шире применяться в силу демографических причин. В Индии и Китае она долгое время применялась на недобровольной основе. Одновременно, по мере развития и распространения современной идеологии планирования семьи (в основе которой лежит категория репродуктивных прав граждан) все шире стала использоваться добровольная стерилизация. Например, 30% американских семей в детородном возрасте выбирают женскую или мужскую стерилизацию. В мире стерилизация является самым распространенным методом контрацепции (18% женщин и 4% мужчин).

В бывшем СССР добровольная стерилизация была разрешена только в конце 1989 г. приказом Минздрава № 484, допустившим, правда, это медицинское вмешательство с целью контрацепции только для женщин. Принятые в 1993 г. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» уже предоставили такое право всем гражданам, то есть и мужчинам (ст. 37). Добровольная стерилизация в нашей стране может быть осуществлена при наличии письменного заявления пациента и одного из условий — наличия двух детей или возраста старше 35 лет.

Наиболее трудный этический вопрос — допустима ли недобровольная стерилизация, например, преступника-рецидивиста, совершившего половые преступления. Современная биомедицинская этика не допускает такого компетентного пациента может быть произведено только с его согласия и только в его интересах. Однако и осуществление добровольной стерилизации не свободно от морально-этических сомнений, поскольку речь идет о вмешательстве у здорового человека, причем вмешательстве, как правило, необратимом. Известно немало примеров, когда лицо, подвергнутое стерилизации с целью контрацепции, вло-

следствии при изменившихся обстоятельствах прибегало к использованию методов искусственного оплодотворения. Этически более приемлемыми являются методики стерилизации, делающие ее обратимой, когда при необходимости можно восстановить фертильность (зажимы Фильше).

Смерть и умирание

Тема отношения человека к смерти имеет общекультурное содержание. Здесь интересы медицины переплетаются с интересами религии, философии, искусства, психологии и т. д. Согласно христианским воззрениям, душа человека бессмертна, смерть существует только в пределах земного (греховного, павшего) мира, а в каждом конкретном случае вопрос о жизни и смерти в конечном счете в руках Творца (Бога). Из многочисленных философских объяснений тайны смерти приведем материалистическое рассуждение древнегреческого мудреца Эпикура (341–270 гг. до н. э.): «Самое страшное из зла, смерть, не имеет к нам никакого отношения, так как когда мы существуем, смерть еще не присутствует; а когда смерть присутствует, тогда мы не существуем».

Аутопсия (греч. *autos* – сам и *opsis* – видение) – вскрытие трупа для установления причин смерти или для изъятия органов и тканей в целях трансплантации. Общее этическое требование отношения медицинского работника к умершему пациенту, телу покойного – не допускать никаких проявлений цинизма. При обработке тела необходимо учитывать культурные и религиозные традиции.

В контексте современной биомедицинской этики центральная этическая проблема при аутопсии – необходимо ли для этого согласие родственников. В советское время этот вопрос регулировался «Инструкцией о порядке вскрытия трупов в лечебном учреждении» Министерства здравоохранения СССР. Основное требование этого документа: «Все трупы умерших в стационарных лечебных учреждениях, как правило, подвергаются вскрытию». Отменить вскрытие мог в «самых исключительных случаях» главный врач, однако, и он не вправе был этого сделать, если пациент провел в стационаре менее суток; во всех случаях неясного прижизненного диагноза и, конечно, в судебно-

медицинских случаях (если смерть насильственная). Таким образом, прямого указания на вопрос о согласии родственников на вскрытие Инструкция вообще не содержала.

Действующие ныне «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (ст. 48) решают вопрос о согласии на вскрытие так: «По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится...». Такое решение в юриспруденции носит название «**презумпции согласия**» — медицинское учреждение не обязано спрашивать согласие, вскрытие может быть произведено на законном основании, если нет **письменного возражения** родственников или прижизненного возражения (в любой форме) самого умершего.

Медицинские работники обязаны знать об отношении к вскрытиям различных религиозных конфессий. С точки зрения католической морали, власти лишь в исключительных случаях (например, при насильственной смерти) имеют право пойти против воли семьи, возражающей против вскрытия. Протестанты считают, что этот вопрос решается исключительно в соответствии с законодательством страны. Согласно иудейской религиозной морали, согласие родственников на вскрытие обязательно. Авторитеты ислама подчеркивают, что вскрытие допустимо только по серьезным основаниям (интересы медицинской науки или правосудия), при этом особое внимание уделяется процедуре выдачи разрешения на аутопсию — в некоторых странах это делает комиссия врачей, в которую не входит лечащий врач.

Смерть мозга человека — это состояние, развивающееся иногда при реанимационной помощи пациенту, характеризующиеся необратимым отсутствием всех функций головного мозга (включая продолговатый) при сохраняющейся деятельности сердца. Больной, естественно, находится на искусственном дыхании. Впервые такое состояние было описано в 1959 г. во Франции, где оно получило название «**запредельная кома**», впоследствии же для его обозначения в мировой медицинской литературе закре-

пился термин «смерть мозга». Философский вопрос — жив или мертв человек, находящийся в таком состоянии, одновременно оказывается вопросом этическим: в чем заключается профессиональный долг медицинских работников — продолжать реанимацию или прекратить ее.

Медико-клинические критерии смерти мозга в основном были изучены и сформулированы уже в конце 60-х гг.: атония всех мышц, исчезновение любых реакций на внешнее раздражение и любых рефлексов, замыкающихся выше уровня спинного мозга, устойчивое расширение и ареактивность зрачков, прямая линия на электроэнцефалограмме и т. д. Были выработаны также процедуры надежной диагностики, чтобы исключить ошибку. Все признаки, присутствующие при смерти мозга, должны сохраняться в течение 12 часов (при отключении ИВЛ спонтанное дыхание не восстанавливается). Если же такое состояние возникло по причине отравления лекарствами, длительность наблюдения для вынесения диагноза смерти мозга должна быть не менее трех суток. Вообще же, состояние смерти мозга длится недолго — несколько суток (не более недели) и встречается сравнительно редко — в 4–8% всех случаев смерти в реанимационных отделениях.

В течение столетий смерть констатировалась только после остановки сердца и прекращения дыхания. На протяжении 60–70 гг. во многих странах стали признавать, что смерть мозга — это уже смерть человека. Сначала такой взгляд распространился среди врачей, а затем к нему стали присоединяться и представители других общественных групп.

Сложность проблемы смерти мозга заключается в том, что одновременно в обществе оставалось немало сторонников традиционного взгляда на смерть, которые считают таких больных живыми. Философский вопрос здесь аналогичный тому вопросу, с которым мы встретились исследуя проблему аборта — с какой стадии развития эмбрион есть уже человек (здесь же: утрата каких функций означает, что человек уже умер). Таким образом, смерть мозга, как и проблема аборта, как и проблема искусственного оплодотворения и т. д., есть одна из морально-этических дилемм, исследуемых биомедицинской этикой.

ВМА признала еще в 1968 г., что «необратимое прекращение всей деятельности головного мозга, включая мозго-

вой ствол», есть смерть человека. Однако, с естественно-научных позиций смерть — это постепенный процесс на клеточном уровне, и ткани имеют различную способность сопротивляться кислородной недостаточности. Цель клинической деятельности не в сохранении отдельных клеток, а в сохранении жизни человека, которой после утраты целостности функционирования его организма, по сути дела, уже нет.

В нашей стране первый вариант «Инструкции по констатации смерти на основании смерти мозга» получил законную силу в 1985 г. Во-первых, Инструкция дала законное право прекращать реанимацию у таких больных. Любопытный момент отмечает А. Э. Уолкер (1988): в США медицинские сестры выразили протест, почему отключение аппарата ИВЛ у таких больных врачи поручают им, а не делают это сами. Во-вторых, Инструкция разрешила использовать жизнеспособные органы таких больных (сердце, печень, почки) для трансплантации. В соответствии с международной практикой, в Инструкции подчеркивается, что врачи-трансплантанты не должны участвовать в комиссии, ставящей диагноз смерти мозга.

Эвтаназия (греч. eu — хорошо и thanatos — смерть) — легкая, хорошая смерть. В современной медицине под эвтаназией понимается **преднамеренное прерывание жизни неизлечимого больного пациента, с целью прекращения его страданий**. Это может быть «смертельная инъекция», и тогда говорят об **активной эвтаназии**. В других случаях это может быть прекращение жизнеподдерживающего лечения, например, искусственного питания или искусственного дыхания (отключение ИВЛ), и тогда говорят о **пассивной эвтаназии**. То есть, в первом случае речь идет о действии, а во втором — об отказе от действия. Также различают **добровольную** (на основе «информированного согласия») и **недобровольную** (например, в отношении новорожденных с тяжелыми уродствами) эвтаназию, а также **насильственную, принудительную эвтаназию**, какой она была в фашистской Германии.

Интерес к проблеме эвтаназии в обществе усилился в последние десятилетия XX в. Произошло это, по крайней мере, в силу двух причин. Во-первых, благодаря успехам современной медицины в целом и интенсивной терапии и реаниматологии, в особенности в обществе все актуальнее

становились проблемы терминальных, умирающих больных (раньше мы не встречались, например, с ситуацией, когда больной в хроническом вегетативном состоянии, у которого погибла кора головного мозга, при соответствующем лечении и уходе может жить многие годы). Во-вторых, в эти же годы все большее признание получает идеология прав пациента, в контексте которого стали говорить, что у человека не только есть право на жизнь, но и должно быть право на смерть.

Во многих странах есть немало сторонников эвтаназии. Например, в США существует организация Hemlock Society, цель которой — легализация добровольной эвтаназии и самоубийства при помощи врача. Эта организация насчитывает более 30 тысяч активных членов. Уместно вспомнить, что отечественный юрист А. Ф. Кони тоже был сторонником активной добровольной эвтаназии (разумеется, при строго определенных в законодательстве условиях). В Голландии медицинские работники в случае осуществления эвтаназии не преследуются законом с 1984 г. При этом они не должны нарушить ни одного из 5 условий: психические и физические страдания больного очень тяжелые без перспективы устранения; больной действительно хочет умереть и просил об эвтаназии недвусмысленно и неоднократно; решение больного независимое и принято на основе хорошей информированности; все виды альтернативной помощи исчерпаны или отвергнуты; врач, принимающий такое решение, консультируется с коллегой. На рубеже 90-х годов эвтаназия в Голландии применялась примерно у 1900 человек в год.

И все-таки в современном мире гораздо больше пока противников эвтаназии. ВМА приняла «Декларацию об эвтаназии» в 1987 г.: «Эвтаназия, то есть акт преднамеренного прерывания жизни пациента, даже сделанная по просьбе самого пациента или по просьбе его близких родственников, является неэтичной...». Точно такая же позиция закреплена в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан». Так, ст. 45 «Основ ...» гласит: «медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни».

Несомненно, дискуссия об эвтаназии, по крайней мере, в обозримом будущем будет продолжаться и, может быть, усиливаться. Ее сторонники делают акцент на поиске гуманного выхода из тех конкретных ситуаций, когда боль и страдания умирающего человека не удается уменьшить до переносимого уровня и когда больной добровольно и осознанно просит помочь ему умереть. Противники же эвтаназии делают больше акцент на социальных сторонах проблемы: разрешение убивать больных медицинским работникам подрывает нравственную основу медицины; может возникнуть еще одна форма ятрогении — больные будут бояться врачей; утверждения о гуманности эвтаназии могут маскировать недостаток усилий общества по развитию паллиативной медицинской помощи и возможны ошибки в диагнозе, наконец, возможны злоупотребления.

Поддерживаемое медицинским работником самоубийство. В современной медицине есть сторонники позиции, согласно которой было бы гуманным, чтобы медицинские работники способствовали самоубийству умирающего больного, принявшего осознанное добровольное решение уйти из жизни (например, предоставляя медикаменты, информацию о смертельной дозировке и т. д.). При этом они считают, что такой путь реализации права человека на смерть этически предпочтительнее, чем эвтаназия.

Главным пропагандистом практики медицинского пособничества при самоубийстве безнадежно больного является американский врач (в прошлом патологоанатом) Джек Кеворкян, прозванный «доктор-смерть». Он создал «Отель Танатос» — микроавтобус, внутри которого находится «аппарат для самоубийства». Это две капельницы (одна с лекарством, а другая со смертельным средством) и переключатель. Оставаясь один на один с этим аппаратом, больной может сам произвести себе «смертельную инъекцию». С июля 1990 г. Дж. Кеворкян содействовал наступлению смерти нескольких неизлечимых больных. Несколько раз он привлекался к судебной ответственности и всякий раз был оправдан. Его спасала юридическая тонкость: он больного не убивал, а что предоставил свой аппарат, так ножи и веревки тоже ведь продаются свободно. В 1995 г. в одном из штатов Австралии (Северные Территории) был

принят «закон об эвтаназии». По сути дела, это тоже медицинское содействие самоубийству неизлечимого больного. Здесь доктором Филиппом Нейцше разработан более сложный прибор: после окончательного решения больного уйти из жизни он нажимает кнопку «Enter», и через 30 секунд компьютеризированная машина вводит сначала обезболивающее, а затем быстродействующий яд.

В «Заявлении о самоубийстве с помощью врача» ВМА (Марабелла; Испания, 1992) сначала обращается внимание на важный клинический аспект обсуждаемой проблемы: в состоянии пациентов, намеревающихся принять решение о самоубийстве, нередко характерным является депрессия (что следует принимать во внимание, рассматривая вопрос о добровольности принятия ими такого решения). В конечном же счете позиция ВМА здесь такова: «Самоубийство с помощью врача, подобно эвтаназии, является неэтичным и должно быть осуждено медиками».

Трансплантация органов и тканей

О важности и своеобразии этических вопросов в трансплантологии свидетельствует следующий факт: когда знаменитый российский хирург С. С. Юдин в 1930 г. в Московском институте скорой помощи им. Н. В. Склифосовского первое переливание трупной крови (эксперимент был успешным), не только от реципиента, но и от персонала скрыли (как врачебную тайну), кто в данном случае был донором.

Донорство крови — самая массовая медицинская практика, связанная с трансплантацией (переливанием крови), которая в настоящее время в нашей стране регулируется Законом РФ «О донорстве крови и ее компонентов», введенным в действие в 1993 г. Донором крови может быть каждый дееспособный здоровый гражданин в возрасте от 18 до 60 лет. Донорство — это добровольный акт, оно может быть как безвозмездным, так и платным, недопустимо причинение вреда донору при взятии у него крови. Донор подлежит обязательному страхованию за счет государственных средств на случай нанесения ущерба его здоровью при выполнении им донорской функции. Закон предусматривает различные льготы донорам.

Так, донор, сдавший безвозмездно в течение года кровь в суммарном количестве, равном двум максимально допустимым дозам, должен иметь в случае необходимости право лечения в течение года в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения за счет бюджетных средств. А если донор является студентом — то в течение 6 месяцев ему положена надбавка к стипендии в размере 25%. Граждане, награжденные знаком «Почетный донор России», должны иметь целый ряд особых льгот, в частности — бесплатный проезд в общественном транспорте.

Практика трансплантации органов и других тканей (кроме зародышевой) в настоящее время регулируется Законом РФ «О трансплантации органов и (или) тканей», который тоже вступил в силу в 1993 г. Здесь прежде всего различается пересадка органов и тканей от живого донора (*ex vivo*) и от трупа (*ex mortuo*). Круг живых доноров Закон ограничивает: недееспособные лица и лица моложе 18 лет не могут быть донорами; донор должен состоять в генетическом родстве с реципиентом. Последнее ограничение не распространяется на доноров костного мозга. В настоящее время из всех органов чаще всего пересаживается почка. Изъятие почки у здорового человека, вероятно, является самым большим отступлением от принципа «Не навреди», что характеризует эту ситуацию как еще одну дилемму с точки зрения биомедицинской этики.

В ряду многочисленных этических вопросов, сопровождающих трансплантацию жизненно важных органов от трупов (сердца, печени, легких), главным является уже рассмотренный нами ранее вопрос о смерти мозга. Так как «Инструкция по констатации смерти на основании диагноза «смерти мозга» была принята в СССР только в 1985 г., пересадка сердца у нас началась (если не считать более ранних попыток) в 1986 г., а печени в 1990 г. (такие операции в клинических условиях за рубежом начались соответственно в 1967 и 1968 гг.). Это тем более досадно, что в экспериментальном плане у отечественных ученых в области трансплантологии много приоритетных достижений — достаточно сказать, что южно-африканский хирург Кристиан Бернард, первым произведший клиническую пересадку сердца, до этого проходил стажировку в Москве у выдающегося представителя экспериментальной трансплантологии доктора В. П. Демикова.

Вопрос о согласии на изъятие у трупов органов для последующей трансплантации у доноров, находящихся в состоянии смерти мозга, решается так же, как и аналогичный вопрос в случаях аутопсии («презумпция согласия»). «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники... заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту».

Совсем иной подход, предполагающий обязательность согласия, существует в США. Однако, здесь имеется немало противников такого подхода, которые ссылаются на следующие данные: в 1987 г. только 12% пациентов, являющихся потенциальными донорами органов, дали согласие на их последующую трансплантацию, а около 59–100 тысяч человеческих жизней было бы спасено в стране, если бы врачи располагали достаточным числом донорских органов. В связи с повсеместным дефицитом донорских органов существует очень болезненная этическая проблема критериев отбора реципиентов, которую можно назвать проблемой «права на орган». В некоторых странах подобные вопросы решают больничные этические комитеты.

Другие этические проблемы клинической трансплантологии мы только назовем: недопустимость купли-продажи донорских органов; этические и социальные аспекты компенсации живому донору, пожертвовавшему свой орган; высокая стоимость операций по трансплантации органов и проблема социальной справедливости в здравоохранении и т. д.

Проблемы справедливости в здравоохранении

Основное содержание морально-этических проблем медицины, рассмотренных выше, отражает отношение «медицинский работник — пациент». Однако моральный выбор, который делают в различных ситуациях клинической и исследовательской практики как медицинские работники, так и пациенты, во многом зависит от окружающих условий и прежде всего от системы здравоохранения, элементами которой всякий раз оказываются и пациент, и

Вопрос о согласии на изъятие у трупов органов для последующей трансплантации у доноров, находящихся в состоянии смерти мозга, решается так же, как и аналогичный вопрос в случаях аутопсии («презумпция согласия»). «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники... заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту».

Совсем иной подход, предполагающий обязательность согласия, существует в США. Однако, здесь имеется немало противников такого подхода, которые ссылаются на следующие данные: в 1987 г. только 12% пациентов, являющихся потенциальными донорами органов, дали согласие на их последующую трансплантацию, а около 59–100 тысяч человеческих жизней было бы спасено в стране, если бы врачи располагали достаточным числом донорских органов. В связи с повсеместным дефицитом донорских органов существует очень болезненная этическая проблема критериев отбора реципиентов, которую можно назвать проблемой «права на орган». В некоторых странах подобные вопросы решают больничные этические комитеты.

Другие этические проблемы клинической трансплантологии мы только назовем: недопустимость купли-продажи донорских органов; этические и социальные аспекты компенсации живому донору, пожертвовавшему свой орган; высокая стоимость операций по трансплантации органов и проблема социальной справедливости в здравоохранении и т. д.

Проблемы справедливости в здравоохранении

Основное содержание морально-этических проблем медицины, рассмотренных выше, отражает отношение «медицинский работник — пациент». Однако моральный выбор, который делают в различных ситуациях клинической и исследовательской практики как медицинские работники, так и пациенты, во многом зависит от окружающих условий и прежде всего от системы здравоохранения, элементами которой всякий раз оказываются и пациент, и

врач, и медицинская сестра. Поэтому в биомедицинской этике имеется еще один раздел, в котором исследуется отношение «медицинский работник — общество (организация здравоохранения) — пациент». Наиболее актуально исследование этого отношения в аспекте этической категории «справедливость».

На родине биоэтики, в США, активный общественный интерес к этой проблеме возник в середине 60-х гг. в связи с дефицитом такого вида медицинской помощи, как почечный диализ («искусственная почка»). Врачи отказались сами решать, кому из пациентов лечение должно быть предоставлено, а кому отсрочено (что означало почти стопроцентное обречение на смерть). Такой выбор был возложен на специально созданную общественную комиссию. После того, как эта категория больных обратилась в конгресс США, последний выработал гарантирующее обеспечение почечным диализом каждого нуждающегося в нем гражданина США. Однако у этого решения были и есть противники: почему данная группа тяжелых больных пользуется таким преимуществом (затраты на почечный диализ в США ежегодно составляют несколько миллиардов долларов).

Позднее еще более острые дискуссии такого же содержания возникли в связи с размерами медицинской помощи, оказываемой престарелым. В 1978 г. были опубликованы данные, согласно которым 30% всех средств государственной программы медицинской помощи пожилым американцам (которая в целом составляет более 100 миллиардов долларов) были потрачены на лечение тех пациентов, чья жизнь была продлена примерно на 30 дней. Авторитетные представители биомедицинской этики в США утверждают, что это несправедливо хотя бы потому, что в результате у общества не хватает достаточных средств для решения таких важных задач, как лечение рака, диабета и СПИДа, иммунизация детей низкообеспеченных слоев населения, выхаживание недоношенных, обеспечение беременных качественным питанием и т. д.

В самом общем виде этическая проблема справедливости в здравоохранении — это проблема доступности всем пациентам медицинской помощи. Узко-рыночный подход

в здравоохранении совершенно непригоден. Право на охрану здоровья — одно из важнейших социальных прав человека, которое должно быть обществом гарантировано. Право на охрану здоровья, как и право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность, относится к основным предпосылкам общественной жизни в целом. Это значит, что в каждом цивилизованном обществе его членам должна быть гарантирована доступность суммы обязательных (базисных) медицинских услуг. С позиций такого подхода, например, за искусственное оплодотворение или современную пластическую хирургию пациенты должны платить сами (эти медицинские услуги не являются «базисными»), и мало кто при этом скажет, что это несправедливо.

В нашей стране проблема справедливости в здравоохранении обсуждалась в основном в связи с «двойным стандартом» при оказании медицинской помощи правящей элите и остальной части населения. Резкое социальное расслоение общества, произошедшее в последние годы, еще больше усугубило это противоречие. С одной стороны, система обязательного медицинского страхования в РФ как раз предполагает выделение такого уровня бесплатной, общедоступной медицинской помощи, который мы назвали «базисным». Согласно Закону РФ «О медицинском страховании граждан РФ» (принят в 1991 г., изменен и дополнен в 1993 г.), предоставление такого уровня медицинской помощи всему населению страны гарантировано. С другой стороны, социально-экономическая нестабильность общества делает последнее зачастую фактически неспособным обеспечить гражданам (пациентам) предоставление многих из этих «обещанных» услуг здравоохранения (во всяком случае, как бесплатных). В результате получается, что пока в России доля оплачиваемых самими пациентами «базисных медицинских услуг» гораздо выше, чем во многих других странах.

Таким образом, проблемы справедливости в здравоохранении нашей страны являются едва ли не самыми острыми из всех социально-этических проблем, которые мы рассматривали. Квалифицированное обсуждение проблем справедливости в здравоохранении требует привлечения аргументов не только из области моральной философии,

но и из области социальной философии, политической философии. Значит, в диалог наряду с самими специалистами-медиками, философами, юристами, духовными лицами и т. д. должны вступить также экономисты, социологи и политики.

Рекомендованная литература

1. Ариес Ф. Человек перед лицом смерти. Пер. с франц. М., 1992 – 526 с.
2. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук. Соч. в 2-х томах, т. 1. М., 1985, с. 57–247.
3. Вич Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Биоэтика: проблемы и перспективы. М.: ИФРАН, 1992, с. 36–46.
4. Гиппократ. Избранные книги. М., 1994 – 736 с.
5. Грофф С., Хелифакс Д. Человек перед лицом смерти. М. – Киев, 1996.
6. Закон РФ «О донорстве крови и ее компонентов» – введен в действие Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 9 июня 1993 № 5142/1–1.
7. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» – введен в действие Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 2 июня 1992 № 3186 1.
8. Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей» – введен в действие Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. № 4181–1.
9. Ив а н ю ш к и н А. Я. Профессиональная этика в медицине. М., 1990 – 222 с.
10. Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга. Приложение № 2 к приказу Минздрава РФ № 189 от 10.08.93.
11. Инструкция по применению метода искусственной инсеминации женщины спермой донора по медицинским показаниям. Приложение № 1 к приказу Минздрава РФ 1 301 от 28.12.93.
12. Инструкция по применению метода ЭКО и ПЭ в полость матки для лечения женского бесплодия. Приложение № 2 к приказу Минздрава РФ № 301 от 28.12.93.
13. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977 – 112 с.
14. Медицина и права человека. Пер. с франц. М., 1992 – 215 с.
15. Основы законодательства РФ по охране здоровья граждан. – Приняты Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г.
16. Перечень социальных показаний для прерывания беременности. Приложение № 3 к приказу Минздрава РФ № 802 от 28.03.94.

17. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Всемирная ассоциация. Всемирная психиатрическая ассоциация. Организация Объединенных Наций. Совет Европы. Киев, 1996.

18. Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики США. Пер. с англ., М., 1989 – 64 с.

19. Уилки Дж., Уилки Б. Аборт: вопросы и ответы. М., 1994 – 64 с.

20. Уолкер А. Э. Смерть мозга. Пер. с англ. М., 1988 – 287 с.

21. Федеральный Закон «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) // Мед. газ., 31 мая 1995 г.

22. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // JAMA, октябрь, 1992, с. 27–33.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Святая задача медицины — сохранение природой данного здоровья, а также восстановление утраченного здоровья человека. Проводником всего рационального с позиции здоровья, «тайным советником» у каждого человека должен быть, конечно, медицинский работник и, в первую очередь, с учетом проходящей реформы здравоохранения высоко квалифицированная медицинская сестра. Это должен быть специалист, знающий, соблюдающий сам, демонстрирующий и пропагандирующий научно обоснованные нормы жизни, «кодекс здоровья».

Основы здоровья необходимы медицинской сестре с высшим образованием с ряда позиций:

- общего гуманитарного образования;
- профессиональной подготовки специалиста по проблемам сохранения и развития здоровья каждого человека, индивидуума, личности и общества в целом, донологической диагностики;
- фундаментальной базовой медико-биологической подготовки будущего специалиста, необходимой для знания нормативов эталонного уровня — параметров функционирования здорового организма для оценки степени отклонений в диагностике патологических (нозологических) состояний формирования тактики и определения направлений и объемов превентивных лечебных воздействий;
- для формирования стратегических целей направлений и рекомендаций в стадии реабилитации;
- для определения стратегии и тактики собственного поведения студента-медика — будущего специалиста.

Понятие о здоровье

Научная основа взглядов на сохранение здоровья человека стала закладываться лишь в последнее десятилетие. Сформировались два термина, которые соответствуют по содержанию двум наукам — санологии и валеологии. Различие этих наук — принципиальное.

Саноология — изучает механизмы процессов восстановления нарушенных функций — выздоровление от болезней, травм и других возникающих патологических состояний.

Валеология — наука о здоровье (термин предложен И. Н. Брехманом в 1980 г.) призвана изучать механизм поддержания и сохранения состояния здоровья, способы увеличения продолжительности жизни, сохранения трудоспособности.

При формировании и пропаганде здорового образа жизни медицинская сестра с высшим образованием должна четко представлять, что такое здоровье, и в частности, индивидуальное и общественное здоровье. Надо сказать, что в настоящее время имеется несколько определений здоровья, но наиболее четкую формулировку дает ВОЗ. «Здоровье — это не только отсутствие болезней или физических дефектов, а состояние полного физического, психического и социального благополучия». Но при этом медицинские работники должны понимать, что у каждого человека своя степень такого благополучия и, самое главное, своя мера для его оценки и измерения.

Все ясно представляют, что «здоровье — хорошо, а болезнь — плохо». Объяснить сущность здоровья гораздо сложнее, чем сущность болезни. Тем более вопрос этот трудный и потому, что по нему еще до сих пор нет полного единодушия среди ученых: биологов и физиологов, медиков и философов. Тем не менее проблема оценки здоровья довольно важна для практики.

Для медицинского работника, врача и медицинской сестры понятие «здоровья» соответствует прежде всего форме отрицания наличия у человека болезни, патологического состояния или процесса, которым «здоровье» противопоставляется. Однако, медицинские работники должны понимать, что самостоятельное значение имеет и оценка самого «здоровья», как предпосылки к прогнозу жизнедеятельности человека в особых или экстремальных условиях, в искусственной среде обитания или при повышенных нагрузках. Такая оценка предполагает, во-первых, условную градацию качества или полноты здоровья по отношению к представляемому теоретически абсолютному здоровью, во-вторых, использование определенных критериев оценки здоровья, например, количество и значимость обнаруживаемых его признаков.

Одним из показателей физического здоровья общества считается продолжительность жизни людей — **долголетие**.

Перед медицинскими работниками стоит задача не только восстановить здоровье конкретного человека, т. е. добиться долголетия, но и сделать это долголетие активным.

Благополучие человека в среде обитания проявляется как субъективными — отсутствием каких-либо жалоб, так и объективными показателями — его высокой трудоспособностью. Для медицинского работника объективные трудности оценки полноты и качества здоровья определили необходимость использования в медицинской практике наряду с понятием «здоровый» человек также понятие «практически здоровый». Это понятие используется как диагностическое заключение в тех случаях, когда совокупность клинико-анатомических данных, получаемых при доступно полном обследовании человека, не указывает на наличие болезненного состояния или прогрессирующих нарушений структуры органов.

Следует сказать, что контингент «практически здоровых» составляет большинство населения нашей планеты, представляющих людей разных возрастных групп, не страдающих хроническими болезнями и перенесшие острые болезни или травмы без существенных дефектов «здоровья» в их исходе. Медицинские работники правомерно относят к группе «практически здоровых» также людей, имеющих незначительные врожденные пороки развития, не сказывающиеся на функциональных возможностях организма.

Медицинская сестра с высшим образованием должна достаточно четко в своей работе представлять достаточно широкий диапазон состояний, объединяемых понятием «практически здоров», отражающих объективную реальность, которая заключается в том, что между здоровьем и болезнью нет четкой грани, что они находятся в сложной взаимосвязи, зависящей от множества факторов, включая индивидуальные особенности реакции на патогенное воздействие разной силы и качества, уровня напряженности компенсаторно-приспособительных реакций организма и всю совокупность условий окружающей среды.

Существует еще один термин, слишком широко используемый в обыденной жизни, а нередко и в клинической практике: «норма», «нормально». Медицинские работники, говоря о восстановлении функций до исходного уровня, употребляют выражение «нормализация показателей». Вопрос о понятии «норма» широко дискутируется физио-

логами и патофизиологами, предлагается и определение. «Норма» есть биологический оптимум живой системы, интервал, в пределах которого ее функционирование является наиболее эффективным и слаженным применительно к конкретным условиям. Этот интервал — диапазон имеет подвижные границы, в рамках которых сохраняется оптимальная связь со средой и согласованность жизненных процессов. Предлагается даже выделить в качестве самостоятельной науки — нормологию для изучения диапазона колебаний количественных параметров функций в организме в различных условиях существования и деятельности, не отягчающее состояние здоровья человека.

Отсюда следует сделать вывод — «нормальными» могут признаваться не жесткофиксированные цифры (например, пульс 70 уд./мин.) и только, а определенный диапазон вариантов и даже допустимый выход за пределы этого диапазона, если параметры стали привычными для конкретного индивидуума (например, в геронтологии).

Зачастую в оценке здоровья человека пользуются лишь двумя конечными категориями: или здоров, или болен. Состояние здоровья человека (как и сама жизнь) очень динамично, т. е. оно непрерывно изменяется, переходя от уровня комфорта, оптимизации и благополучия, когда «душа поет», «дело ладится», и «жизнь хороша и жить хорошо» — к состоянию дискомфорта, пессимизму и неудовольствию (плохое настроение: «все из рук валится», «все не нравится», «жить не хочется»). Этим психологическим состояниям соответствуют и физиологические параметры функционирования: цвет кожных покровов и слизистых оболочек, поведение глаз, поза головы и тела, частота пульса, уровень артериального давления, психическое поведение и т. д.

Вот почему переход от здоровья к болезни процесс не дискретный, а динамичный, и еще Гален указывал на наличие не только здоровья и болезни, но и переходных между ними состояний. Один из крупных врачевателей древности Авиценна выделял шесть степеней здоровья и болезни. По его мнению, «бывает тело здоровое до предела, тело здоровое, но не до предела, тело не здоровое, но и не больное», «затем тело в хорошем состоянии, быстро воспринимающее здоровье, затем тело больное легким недугом, затем тело больное до предела». Как видно, че-

тыре состояния относятся к здоровью и переходу к болезненному состоянию, то, что теперь называют «предболезнью» или «донозологическим состоянием».

С учетом современных исследований по теории адаптации выделяют следующие состояния (В. П. Казначеев, Р. М. Баевский, А. П. Борснева, 1980):

- состояние удовлетворительной адаптации, функциональные возможности организма достаточные;
- состояние функционального напряжения;
- состояние неудовлетворительной адаптации, функциональные возможности организма снижены;
- срыв адаптации, функциональные возможности организма резко снижены.

Эти «донозологические состояния» и являются ступенями перехода от здоровья к болезни. Диагностика этих ступеней требует сложных нейрофизиологических, биохимических, гематологических и других исследований, осуществляемых специализированными лабораториями и кабинетами функциональной диагностики.

Для ориентировочной предварительной диагностики «донозологического состояния» и соответственно функционального напряжения организма нужно пользоваться данными субъективных ощущений (собственных при самооценке), получаемых в процессе собеседования, и объективными данными неинструментального исследования, другими внешними проявлениями состояний различных функциональных систем организма. Поскольку все живые организмы, в том числе и человек, существуют в очень переменных условиях окружающей среды и для обеспечения внутреннего гомеостаза вынуждены непрерывно адаптироваться (гомеокинез), природой заложен 4–6-кратный резерв функциональных возможностей физиологических систем организма, который и обеспечивает его здоровье и надежность организма как функциональная система (один из принципов ее деятельности).

Из сказанного следует, что для оценки здоровья диагностика должна осуществляться не столько в состоянии покоя, сколько при функциональной перегрузке, то есть в процессе проведения функциональных проб. При этом параметры функций имеют скалярную, векторную и временную характеристики, т. е. амплитуду, интенсивность, продолжительность реакции, ее латентный период, по-

ложительную или отрицательную направленность. Особенно информативной является продолжительность восстановительного периода (аналог лабильности), который отражает состояние внутренних, нутритивно-трофических, метаболических процессов в тканях и органах и формирует функциональный резерв.

Все это касается **индивидуального здоровья**. В пропаганде здорового образа жизни медицинская сестра должна использовать понятие «**общественное здоровье**» как характеристику здоровья членов общества, но в целом не являющуюся только медицинской проблемой и понятием. «Общественное здоровье» представляет собой общественную, социально-политическую и экономическую категорию, а также объект социальной политики.

При изучении оценки «общественного здоровья» медицинские работники должны учитывать социальные, природные и биологические факторы, его обуславливающие, выражая результат их воздействия через систему медико-статистических и демографических показателей. Медицинская сестра при проведении профилактической работы для характеристики «здоровья» населения может использовать три группы показателей:

- демографические показатели;
- показатели физического развития населения;
- показатели заболеваемости, травматизма, инвалидности.

«Общественное здоровье» обуславливается социальными факторами, зависящими от социальных условий — социально-экономического и политического развития, а также от природных условий — внешней среды, окружающей человека. На показатели «общественного здоровья» влияют также состояние здравоохранения и охрана окружающей среды. К биологическим факторам, оказывающим влияние на «общественное здоровье», относятся генетические характеристики популяции, возрастно-половая структура населения.

При проведении профилактической работы медицинская сестра должна разъяснять, какова же стратегия и тактика здоровья. Дело в том, что разработка стратегии и тактики обеспечения здоровья всего народа — дело очень большое, трудное и ответственное. Оно зависит не только от медицины и здравоохранения, но прежде всего от отношения к этой проблеме государства. Стратегия опре-

деляется как способ организации, подготовки и использования сил и средств, а также правильного выявления главного направления в достижении поставленной цели. В данном случае главная цель — здоровье человека.

В обеспечении здоровья людей должны участвовать не только медицинские работники, но и государство через подключение и решение других отраслей науки и производства. Их работа должна способствовать достижению указанной цели путем комплексной первичной профилактики, которую необходимо проводить на здоровых и практически здоровых людях в течение всей жизни. Средствами достижения этой цели являются: СОЗНАНИЕ (воспитание с детства разумного отношения к своему здоровью, правильный режим труда и отдыха), ДВИЖЕНИЕ (физкультура, спорт, закаливание), РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний

Диалектическая сущность здоровья заключается в связи и зависимости его (прямой и обратной) с условиями, уровнем жизни, поведением, в конечном счете — деятельностью человека в конкурентной природной и социальной среде, то есть его образе жизни. При проведении пропаганды здорового образа жизни медицинская сестра должна знать его определение. **Здоровый образ жизни — это рациональный образ жизни, неотъемлемой чертой которого является активная жизнедеятельность, направленная на укрепление и сохранение здоровья.**

Образ жизни, который способствует общественному и индивидуальному здоровью, является основой профилактики, а его формирование — важнейшей задачей социальной политики государства в деле охраны и укрепления здоровья народа. Образ жизни человека отражает субъективную сторону в отличие от условий жизни людей, представляющих объективную сторону жизни общества.

С помощью эпидемиологических, социально-гигиенических и других современных исследований получены многочисленные доказательства прямого воздействия на здоровье людей условий и образа жизни. В связи с тем, что чаще всего отрицательное воздействие на здоровье

оказывают негигиеническое, медицинское и экологическое неграмотное поведение, несоблюдение режима и распорядка дня, питания, труда и отдыха, употребление алкоголя, курение, низкая физическая активность, психоэмоциональные нагрузки, являющиеся в одних случаях причинами заболеваний, в других — факторами риска нарушения здоровья. Поэтому в своих беседах, лекциях с населением медицинская сестра должна указывать на отрицательные факторы в сохранении и укреплении здоровья.

Медицинская сестра должна разъяснять людям, что негативные стороны образа жизни особенно опасны в условиях напряженных семейных отношений, распада семей, разводов, неполных семей, а также для здоровья одиноких, малообеспеченных лиц, пенсионеров и других групп риска. Медицинская сестра постоянно в своих беседах должна подчеркивать, что неблагоприятный психологический климат в семьях — важная причина повышенного риска хронической патологии.

Очевидны большие трудности на пути выполнения задач формирования и соблюдения здорового образа жизни, имеющие не только практическое, но и стратегическое значение в деле охраны и улучшения здоровья населения. В то же время профилактическое направление было и остается основополагающим принципом, идеологией охраны здоровья народа. Медицинская сестра должна всегда знать, помнить и использовать в своей пропаганде то, что в основе профилактической деятельности должно лежать утверждение здорового образа жизни каждого человека и общества в целом. В своих беседах с населением медицинская сестра должна постоянно подчеркивать, что приоритетом становится необходимость сознательного отношения к здоровью как к общенародному достоянию, которое должно стать нормой жизни поведения всех людей.

В своих беседах с населением необходимо уделять особое внимание гигиеническому воспитанию населения, как действенному рычагу формирования здорового образа жизни. *Надо сказать, что формирование здорового образа жизни — всенародная задача, и работники здравоохранения должны быть примером соблюдения здорового образа жизни.*

Медицинские работники постоянно должны в своих лекциях и беседах использовать основные доступные спо-

собы формирования здорового образа жизни: искоренение вредных привычек, воспитание культуры общения, поведения, соблюдение режима труда и отдыха, систематическое занятие физкультурой, повышение общей санитарной культуры и гигиенических знаний. Здоровый образ жизни направлен не только на охрану и укрепление здоровья, но и на гармоничное развитие личности, оптимальное сочетание физических и духовных интересов, возможности человека, рачительное использование его резервов.

Медицинская сестра всегда должна понимать, что здоровый образ жизни — основа профилактики заболеваний, и постоянно проводить просветительскую работу в этом направлении. Следует подчеркнуть, что в здоровом образе жизни реализуется самый ценный вид профилактики — **первичная профилактика заболеваний**, предотвращающая их возникновение, расширяющая диапазон адаптационных возможностей человека. Здоровый образ жизни на современном этапе развития общества становится необходимым условием существования человека, гарантией огромных социально-экономических преобразований, осуществляемых в стране.

Здоровый образ жизни в значительной степени содействует разумному удовлетворению физических и духовных потребностей, формированию всесторонне развитой личности и таким образом способствует не только физическому совершенствованию человека, но и развитию духовных интересов, ценностей, нравственных установок и потребностей, присущих человеку каждого общества.

В рамках перечисленных категорий исторически в каждой народности формировался свой неписанный кодекс здоровья, т. е. совокупность правил поведения, взаимоотношений, режимов труда, отдыха, питания и т. д. Понятно, что эти кодексы формировались чисто эмпирически, исходя из многовековых наблюдений и исторического опыта предшествующих поколений, передачи и усвоению его в последующих поколениях.

Молодежь — будущее страны, но она несет ответственность и перед настоящим. Ее отдача обществу в условиях социально-экономического развития страны нужна уже сейчас. И только здоровая, физически крепкая молодежь в состоянии справиться с возложенными на нее задачами. Вот почему медицинские работники должны уделять вни-

вание формированию здорового образа жизни, особенно молодежи.

Следует подчеркнуть, что к негативным тенденциям в состоянии здоровья населения можно отнести тенденции «омоложения» заболеваний, то есть те заболевания, которые сравнительно недавно встречались лишь в старших возрастных группах, теперь нередко у молодых людей. Медицинская сестра в своей санитарно-просветительной работе должна учитывать, что у истоков возникновения многих заболеваний лежат **факторы риска**, связанные с образом жизни человека и управляемые им, и сделать необходимый вывод: человек может воздействовать на свое здоровье, сохранить и укрепить его путем формирования соответствующего образа жизни. Следовательно, медицинские работники должны вести борьбу за здоровье здоровых, за здоровый образ жизни молодежи и остальных членов общества. Правильно организованный труд служит физическому, нравственному и интеллектуальному совершенствованию людей, способствует укреплению здоровья.

Основные факторы здоровья

Отношение к прошлому и будущему. В значительной степени большинство негативных сторон в здоровье, сокращение продолжительности жизни за ее последние десятилетия связаны с ломкой представлений о прошлом историческом опыте человечества, игнорированием норм и правил организации жизни людей, их взаимоотношений. К этой группе факторов следует отнести прежде всего эволюционную и генетическую, в широком плане **биологическую составляющую сущность человека**.

Каждый человек должен хорошо знать свою родословную как по отцовской, так и материнской линии, их здоровье, склонности, болезни, образ жизни, социальную характеристику (не для установления генотипа). Речь идет о его влиянии на развитие и течение жизни, прогностическом и профилактическом значении. Особенно важен учет этих факторов при создании новой семьи. Ведь не случайно в прошлом, когда не было науки генетики, при этом обсуждались родословные жениха и невесты до 3—5 колена. Сейчас для этих целей существует генетическая

служба-консультация. Ваше здоровье и долголетие зависят от ваших родителей!

В равной мере большинство социальных конфликтов в семье и в коллективах связано с бурными социальными ломками, игнорированием тысячелетнего социального опыта, учитывающего иерархию и субординацию во взаимоотношениях людей. Вероятно, что-то из старого опыта должно быть возрождено и учтено. Нельзя нивелировать и уравнивать возможности и обязанности отца и матери, допускать женщин к заведомо мужским профессиям. Из опыта прошлых поколений следует учитывать рациональный регламент питания в течение дня, по сезонам года в зависимости от нагрузки, недельный регламент работы, обязательность смены отдыха и работы, периодические посты и т. д. Не является совершенно новым «культ здоровья и здорового тела», все это имело место в древней Греции и других древних обществах, система закаливания не только йогов, но и славян, казахов и др. народов.

Очень важным для сохранения здоровья человека является питание продуктами только естественной природы. В принципе, исходя из биологической сущности человека, формировавшейся эволюционно миллионами лет, в продуктах питания не должно быть вообще никаких синтетических компонентов, даже в качестве добавок, не являющихся факторами естественного метаболизма.

Социальная сущность человека является диалектическим следствием существования общности людей. Это прежде всего естественная дифференциация обязанностей, иерархия, субординация, совместная жизнь представителей разных поколений и взаимная забота друг о друге. Поэтому не способствует здоровью общества и каждого индивидуума прекращение воспитания и низведение роли общественных интересов в сознании человека с доминантой эгоистических тенденций, все это приводит к неуверенности в перспективе, резкому увеличению психологических компонентов дистресса и появлению психо-неврологических дисфункций и функциональной патологии. Это уже социальные проблемы, но решение их или по крайней мере участие в решении зависит и от каждого конкретного человека, что соответственно влияет на его здоровье.

Отношение к себе как индивидууму — личности. Соблюдение основ питания, необходимость правильного пита-

ния как одного из важнейших факторов здорового образа жизни не вызывает сомнения. Однако сложность содержания этого фактора при дилетантском примитивном представлении: «чем больше, дороже, вкуснее, в том числе острее и слаще — тем лучше для здоровья» или наоборот «питание не главное в жизни», как правило, негативно отражается на здоровье человека.

Главные положения физиологически обоснованного питания разработаны вековыми национальными традициями и научными исследованиями. Они могут быть сведены к следующим принципам рационального питания.

1. Калорийность пищевого рациона должна покрывать суточный расход энергии.

2. Количество калорий, необходимых человеку, зависит от его состояния, пола, возраста, вида деятельности.

3. В пищевом рационе должно быть оптимальное количество белков, жиров и углеводов с правильным их соотношением (ориентировочно 1:1:4).

4. В рацион должны входить витамины, минеральные соли и вода.

5. Пища должна состоять из разнородных продуктов на $\frac{1}{3}$ животного происхождения и $\frac{2}{3}$ — растительного.

6. Пища должна содержать и балластные вещества — клетчатку для чувства насыщения и работы кишечника.

7. Внешний вид, запах, вкус пищи должны способствовать выработке «аппетитного» желудочного сока.

8. Необходимо установить правильный режим питания: время приема пищи и количества ее в течение дня, частота: для I—II профессиональных групп — 3-разовое питание, для III—V профессиональных групп — 4-разовое.

9. Рациональное распределение пищи по калорийности: первый завтрак — 25%, второй — 15%, обед — 45%, ужин — 15%, как гласит восточная мудрость, «завтрак съешь сам, обед раздели с другом, ужин отдай врагу».

10. Белковые продукты (мясо, рыба, бобовые) употребляются преимущественно в первой половине дня, а вечером — молочно-растительная пища.

11. При расчете калорийности необходимо учитывать процент усвояемости пищи (растительной — до 80%, животного происхождения — 90–96%).

12. Обед, как правило, из трех блюд: холодная закуска, 1-е и 2-е горячее, 3-е — десертное.

13. Хлеб следует употреблять белый и черный.

14. Обстановка должна способствовать пищеварению.

15. Прием пищи не должен доходить до ощущения переедания, так как чувство насыщения возникает, как правило, позднее (через 15–20 мин после окончания приема пищи).

Развитию и укреплению здоровья, снижению психоневрологического напряжения способствует выработка стереотипа с соблюдением режимов питания, движения, отдыха, соответствующего мощным механизмам биологических ритмов, имеющих многоступенчатый многоуровневый характер до глобальных и космических и фазовую структуру разной продолжительности.

Фактор личной гигиены, в том числе естественный уход за телом, подбор одежды и обуви давно и всем известен, и в отношении целей, потребностей, режимов не требует комментариев. Но в современных условиях он обостряется рядом социальных обстоятельств, экономических моментов и самое главное — более широким использованием одежды, обуви, украшений, товаров и предметов санитарии и ухода, содержащих потенциально вредные для здоровья компоненты. Кроме того, и в этом, казалось бы, простом и ясном вопросе имеются тонкости, нюансы, небезразличные для здоровья, например: направления движения зубной щетки при чистке зубов, при массаже десен, последовательность употребления шампуня и мыла, техника ухода за ногтями, патофизиологическая характеристика маникюра, а вопросы косметики, особенно злоупотребления ею, должны рассматриваться не только с позиции эстетики, вкусов и воспитанности, но с позиции факторов риска здоровью.

Рациональное регулирование деятельности внутренних органов имеет в виду выработку полезных для здоровья стереотипов, привычек в жизни, деятельности, поведения, касающихся не только приема пищи и воды, но и физиологических отправлениях в определенное время и в определенном месте (лучше в домашних условиях, для последующего туалета). В профилактическом и превентивном плане актуальна дыхательная гимнастика, в том числе по оригинальным авторским методикам, тренировки с гипоксией и с гиперкапнией, конкретные методики которых продолжают

отрабатываться, и другие виды тренировочных функциональных нагрузок с элементами психотерапии и аутотренинга.

Критическая адекватная оценка собственных способностей, наклонностей, возможностей и поступков — очень сложная в психологическом плане проблема. **Адекватная самооценка** — один из основных компонентов сознания — феномена, выделяющего человека из всего животного мира. Человек, имея физиологическую основу, способность к самосознанию, тем не менее формируется и воспитывается социально и субсоциально (в семье и обществе). Значение самооценки для здоровья человека велико потому, что оно является исходным элементом для формирования эмоций, то есть с соотношением результатов собственной деятельности или ее возможностей с последствиями ее реальной ситуации, а следовательно, с количественными и качественными параметрами стресса и дистресса.

Неадекватная самооценка возможна в полярно противоположных направлениях: в переоценке и превышении своих возможностей, ведущей, как правило, к достижению целей и отрицательным эмоциям и наоборот, неверие в свои способности и возможности до самоуничтожения — так называемая «закомплексованность» с теми же последствиями, вредного воздействия на здоровье.

На основе **адекватной самооценки** должна формироваться и **адекватная психологическая установка** на достижение реальных доступных целей и как результат — формирование положительных эмоций, способствующих укреплению здоровья.

Следующим звеном этой цепочки психологических и валеологических факторов является **выбор интересов, профессий, видов деятельности соответствующих способностям, наклонностям и интересам**, то, что называется — найти себя, свое амплуа, свое место в жизни. Весь комплекс этих факторов, основанных на адекватной самооценке, относится к главным компонентам психогигиены.

В реальной жизни действие этих факторов очень многогранно. Оно касается и уровня образования, и деловой карьеры, и профессии, и в претензиях на партнера в дружбе, в деле и любви, и в материальных запросах, стиле жизни и всех других сферах жизни человека.

И в биологической и в социальной сферах жизни человека **потребности**, как известно, являются иницирующим

звеном его деятельности. Но коварство этого явления состоит в том, что она, эта потребность, безгранична, как горизонт — чем дальше к нему идешь, тем дальше он отодвигается и все более становится миражом. Потребности, по принципу положительной обратной связи, чем более удовлетворяются, тем более они нарастают и расширяются. Неудовлетворенные же потребности — это отрицательные эмоции, ведущие к дистрессам. Поэтому принцип полного удовлетворения потребностей нереален и невозможен, хотя к нему многие стремятся.

Здоровый, разумный самоосознанный и саморегулируемый образ жизни возможен, но не столько на путях максимального удовлетворения потребностей, сколько на путях самоограничения их количества, качества и уровня (рациональный аскетизм), то есть **координация потребностей с возможностями** — это принцип соотношения функционального напряжения для достижения адекватной цели и положительных эмоций, возникающих и связанных с удовлетворением потребностей. В этом же стиле следует расценивать влияние на здоровье и рациональной организации процедурных вопросов достижения цели.

Решение этих проблем, **понимание необходимости непрерывного гармоничного совершенствования** соответствует динамичному характеру всех сторон жизни.

Отношение к семье, коллективу, обществу (социальная экология).

Особенность этих факторов также связана с двойственной природой человека: биологической и социальной. Будучи не только плодом биологического развития, но и продуктом социального развития, человек не может сформироваться и жить без общества: человек должен общаться. И самым большим наказанием для любого является изоляция от общества (заключение, одиночество, изгнание). Неприятно чувствовать себя изгосм, последним в обществе. Этот фактор настолько силен по своему воздействию, что служит довольно частой причиной для суицидальных попыток, участившихся в последнее время. **Социальное благополучие** — один из трех факторов, характеризующих состояние здоровья.

Социальная экология человека — это прежде всего нормальная в биологическом, общественном и правовом отноше-

нии семья, окружающая человека от зачатия, рождения и до последнего вдоха, а в духовном плане и после него.

Каждая семья также специфична, особенна, неповторима как и человек, индивидуум, но при этом законы, нормы, правила жизни семьи одинаковы и соответствуют принципам системной организации. Вот почему здоровая семья та, в которой царят взаимопонимание, слаженные взаимоотношения между всеми членами семьи, включающей несколько поколений.

Рационализм этих взаимоотношений реализуется в дифференциации обязанностей в семье по полу, возрасту, занятости, с возможностью взаимопомощи, с учетом жизненного опыта старших поколений в семье и большими физическими возможностями молодых членов семьи.

Особую тонкость, шепетильность, многогранность, динамизм характеризует роль социально-физиологической и санитарной гигиены супружеских отношений, особенно интимного плана. Как утверждают сексологи, здесь нет второстепенных моментов, а в возникновении конфликтов виновной не может быть только одна сторона. Вот почему традиционно пожелание новобрачным: «Совет да любовь вам». Подтверждений влияниям этого фактора на здоровье множество и в реальной жизни, и в литературе. Они свидетельствуют о комплексном характере этих влияний и на функции собственной половой сферы, и на функции внутренних органов и особенно — на психоэмоциональный компонент поведенческих реакций.

Большую часть светлого времени суток, трудового дня и школьники, и взрослые проводят вне семьи, в трудовом, в обучающемся коллективе. От взаимоотношений людей в этой среде также зависят их настроение, самочувствие и соответственно влияние психоэмоционального фактора на здоровье человека. Здесь речь не идет о прямом вредном влиянии производственных факторов.

Формирование психосоциального благополучия в коллективе также подчиняется общим законам системной организации деятельности: иерархии членов, субординации, взаимоуважения, соблюдения и рекомендаций эргономики, правил внутреннего распорядка. Для этого нужно прежде всего знание законов, норм, правил общих, административных, профессиональных в поведении коллектива в целом и каждого члена. В каждом коллективе, кроме

того, действуют и неписанные законы, традиции, привычки, в том числе учет возраста, житейского и профессионального опыта старших членов коллектива и физических возможностей молодых, возрастная специфичность их интересов.

Знание, внутреннее согласие с ними и автоматическое (подсознательное) их исполнение, воспитанное при жизни, предотвращает формирование отрицательных эмоций, конфликтов и последующих дистрессоров.

Всевозможные конфликты вызываются либо преднамеренными нарушениями (преступлениями), либо неосознаваемым игнорированием, либо незнанием — правовая неграмотность. Забывается главный тезис — незнание закона не освобождает от ответственности за его неисполнение. И здесь всякие конфликты, отрицательные эмоции — рано или поздно вызывают дистресс, приводящий к нарушениям здоровья.

Это же относится и к вопросу о **взаимоотношениях людей в социально-равноправной среде** (общественном транспорте, в зрелищных, торговых учреждениях, службе быта, коммунальных организациях и т. п.). По конституционным нормам в этой среде, казалось, все равны. На деле здесь вступают в силу нормы этики, морали, идейные убеждения, понятия о совести, долге и духовные внутренние переживания, последствия нарушений которых более длительны и не менее разрушительны, чем нарушения формальных законов.

Для исключения психологических конфликтов, а также дистрессов следует напоминать об относительности **равноправия**, так как в любой группе люди различны и по полу, и по возрасту, и по другим моментам, вносящим необходимость соблюдения норм взаимоотношения. Сверх этого фактора вступает в спор иерархия и субординация интересов индивидуума и сообщества и подчинения первых вторым (принцип функционирования многоуровневых систем). Этот момент, к сожалению, в последнее время нередко не учитывается или игнорируется.

Более того, школьная педагогика зачастую ставит своей задачей воспитание личности — индивидуальность. А кто же будет воспитывать человека как члена общества? Не с этим ли обстоятельством связаны конфликты выпускни-

ков средней школы с реальным обществом (вуз, производство), с последующей депрессией, неврозом и т. д. Очевидно, прежде чем быть оригинальным, самоутвердить себя, надо воспитывать в себе уважение и исполнительность в отношении норм и интересов общества. Это соблюдение обязанностей перед обществом, а потом использование прав индивидуума-личности.

Проявление индивидуального эгоизма, стремление к необоснованному самовозвеличиванию, неадекватные реакции ведут к «выяснению отношений» с позиций силы (физической, а чаще словесной). Победители в этих схватках часто забывают, что их победа — «пиррова расплата» будет дорогая и непоправимая — здоровьем. Самое разумное в этих ситуациях — стимулировать не возбуждение, а торможение — вовремя остановиться. Конечно, труднее промолчать, чем возразить, но на то и мудрость и воля человека. Это психологическое условие окупится сторицей — здоровьем!

В этом плане формирование здорового образа жизни и есть воспитание осознанного отношения к действительности, силы воли в своих поступках, то, что психологи называют **формированием адекватной психологической установки**, то есть соизмеримости своих желаний с реальными возможностями и действительностью.

Из ситуации, когда желания и цели превышают возможности, могут быть четыре выхода: во-первых, для достижения цели все средства хороши — ведет к преступлению; во-вторых, чрезмерная нагрузка ведет к перенапряжению — дистрессу, срыву; в-третьих, цели — отрицательные эмоции — неврозы, нарушения здоровья; в-четвертых, коррекция потребностей и целей и ограничение их в соответствии с возможностями. Отсюда для сохранения и укрепления здоровья возможен лишь последний путь — одно из основных положений психогигиены. Примеры здесь самые разнообразные: уровень образования, приобретение материальных ценностей, получение благ и удовольствий, притязания в любви и браке и т. д.

Таким образом, состояние физического, психического и социального благополучия определяется не столько правами, сколько многогранными обязанностями, к выполнению которых должна быть воспитанная и осознанная психологическая установка.

Движение и здоровье

Режим движения, осознание потребности в активной деятельности, ритмы активности, отдыха и сна являются обязательными компонентами здорового образа жизни, имеют биологическую, а не только социальную природу и отрабатывались в процессе адаптации, эволюции и естественного отбора в течение миллионов лет. Они генетически закреплены в регуляторных системах организма в качестве инстинктов, биологических ритмов, тесно связанных с ритмикой естественных процессов в геокосмической сфере. Философские принципы — движение как способ существования материи, а жизнь — это движение — имеют реальное воплощение в биологическом мире в жизни человека. Мускулатура опорно-двигательного аппарата и внутренних органов обеспечивает эту механическую форму движения, а само движение обосновывает необходимость существования мускулатуры и систем ее обеспечения, т. е. висцеральных систем.

Японские исследователи рассчитали, что для нормального активного состояния организма и поддержания здоровья, человек должен делать ежедневно до 10000 шагов, то есть при средней ширине шага 70–80 см проходить за день 7–8 км.

При рекомендации движений медицинская сестра должна ориентироваться прежде всего на объем и характер двигательной активности человека, в большей степени зависящей от специфики выполняемого им труда. Тысячелетия жизнь людей была сопряжена преимущественно с физическим трудом, на который приходилось до 90% и более усилий. За годы текущего столетия сложились обратные соотношения, возник дефицит двигательной активности. А без определенного объема постоянной двигательной активности человек не может дожить до почетной старости, не может быть здоровым.

Медицинские сестры должны знать и вести пропаганду необходимости двигательной активности, особенно для людей среднего возраста, для которых двигательный режим приобретает особо важное значение. Дело в том, что в этот период накапливаются знания и практический опыт человека. Но, в то же время, в этом возрасте (40–60 лет) снижаются резервные возможности и сопротивляемость

организма по отношению ко многим факторам внешней среды, увеличивая заболеваемость. В своей пропаганде медицинская сестра должна указывать на то, что доказано многими исследованиями: **здоровый образ жизни помогает сохранить вполне удовлетворительную работоспособность до 70–75 лет, но для этого постоянно необходимо работать мышцами, чтобы компенсировать дефицит двигательной активности.**

В настоящее время сформировано семь принципов методики и организации занятий физкультурой людей 40–60 лет:

- принцип удовлетворения конкретных потребностей организма;
- принцип соответствия возможностям организма,
- напряженность тренировочных воздействий;
- качественное своеобразие используемых средств и методов физической культуры;
- комплексность воздействий;
- принцип широкого использования активного отдыха;
- принцип «каждый день и всю жизнь».

Пропагандируя двигательную активность, необходимо подчеркивать, что мышечная деятельность является непременным условием отправления двигательных и вегетативных функций человеческого организма на всех этапах его развития. Значение мышечной деятельности в биологии и физиологии человека настолько велико, что ее справедливо расценивают как главенствующий признак жизни. В то же время нельзя забывать об отрицательном значении для человека такого фактора, как гиподинамия. **Гиподинамия** — это сниженная физическая активность и одна из важнейших проблем возникновения и развития большинства заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата, которые приводят к преждевременной инвалидности и смерти десятков и сотен тысяч людей, не достигших 50-летнего возраста.

В условиях автоматизации и компьютеризации всех сфер деятельности человека, включая быт, людям, как это ни парадоксально, в еще большей степени нужны крепкие, хорошо тренированные мышцы. Доказано, что у людей с недостаточно развитой мускулатурой, слабых в физическом отношении в пять раз чаще, чем у лиц тренирован-

ных и имеющих развитую мускулатуру тела, встречались случаи психических срывов, тяжелых неврозов, резкого снижения трудоспособности. Вот почему медицинские сестры должны непременно пропагандировать регулярные занятия физической культурой, которые являются универсальным средством противостояния напряженному ритму жизни, нервно-психическим перегрузкам, в том числе и при умственном труде.

Медицинские работники должны хорошо знать виды физической активности и уметь их рекомендовать. На первое место по значению для здоровья следует поставить бег. С точки зрения физиологического воздействия на все системы организма у него нет достойных конкурентов. Бег является естественным двигательным актом, который сопровождает человека в течение всей истории его развития. Бег обладает наибольшим из всех видов спорта благоприятным воздействием на сердечно-сосудистую систему в целом, возрастает жизненная емкость легких, улучшается обмен веществ, совершенствуется работа мышечной системы, активизируется деятельность нервной системы и эндокринного аппарата. В результате повышается работоспособность организма, его сопротивляемость неблагоприятным воздействиям внешней среды. Бег является хорошим средством психологической саморегуляции, используется для борьбы с нервным перенапряжением и вредными привычками.

Медицинская сестра, пропагандируя и рекомендуя занятия бегом, особенно людям старшего возраста, должна подчеркнуть три основных правила:

- не бежать быстро без разминки;
- не бежать быстро будучи утомленным;
- прекратить тренировку при первом же тревожном сигнале.

Необходимо объяснить начинающим заниматься физической культурой, что, прежде чем заняться бегом, целесообразно начать с дозированной ходьбы, которая должна стать формой физических упражнений, а не прогулкой, поэтому в ходьбе важны заранее намеченные ритмы движения: общее расстояние, длина и частота шага, частота и продолжительность периодов отдыха. Частота занятий — не менее трех раз в неделю. Переход от дозированной ходьбы к бегу трусцой осуществляется постепенно.

При этом следует отметить, что утомление — это нормальное физиологическое ощущение, сигнализирующее о необходимости отдыха и профилактике переутомления. В то же время отдых — это не пассивное лежание, расслабление (последнее необходимо при физическом и психологическом перенапряжении). Наилучшим видом отдыха является переключение — смена вида деятельности, так как утомление ранее всего начинает развиваться в ЦНС.

Закаливание и здоровье

Под закаливанием обычно понимают комплекс мер, направленных на повышение сопротивляемости организма холоду, теплу, солнечной радиации и многим вредным влияниям различных метеорологических факторов. Медицинские сестры в своей пропаганде закаливания должны подчеркивать, что это одно из древнейших средств укрепления здоровья, профилактика простудных и других заболеваний.

Надо сказать, что научное обоснование закаливания получило сравнительно недавно. Так, любой здоровый организм — отлично отлаженная система, десятки протекающих в нем процессов направлены на сохранение постоянства внутренней среды. Жарко ли на улице или холодно, сухо или дождливо, скачет ли атмосферное давление — во всех случаях помимо нашего сознания и воли срабатывают верные стражи здоровья — механизмы защиты. В результате суживаются или расширяются кровеносные сосуды, изменяется обмен веществ, работают или бездействуют потовые железы.

Таким образом, организм приспосабливается к условиям внешней среды. Несмотря на то что человеку приходится переносить январские морозы и июльский зной, весеннюю распутицу и осеннюю непогоду, температура его тела практически остается всегда постоянной. Объясняется это тем, что организм человека обладает исключительно совершенной системой регуляции температуры тела. Постоянство температуры тела обеспечивается сочетанием двух взаимно связанных процессов — образования тепла и его отдачи. Ведущая роль при этом принадлежит ЦНС. Поэтому на изменение температуры не только реагирует учас-

ток тела, непосредственно подвергающийся раздражению, но и происходят сдвиги в функциях всего организма.

Медицинская сестра должна популярно разъяснять людям, что человек остается здоров до тех пор, пока внешние раздражители не превышают степени его тренированности. Но вот когда появляется внешний фактор, сила которого больше, возникает конфликт: защитные механизмы не срабатывают или срабатывают неточно. Следует помнить, что какой бы орган ни занемог, он надолго остается местом наименьшего сопротивления. Медицинская сестра в своей санитарно-просветительной работе, в лекциях и беседах должна убедительно доказывать, что единственная возможность вернуть организму утраченную им способность — правильно и целенаправленно проводить закаливание, так как терморегулирующий аппарат действует надежно у тех людей, которые подвергают свой организм температурным влияниям. Поэтому терморегуляционные процессы можно совершенствовать и улучшать путем систематического закаливания.

Медицинская сестра, пропагандирующая здоровый образ жизни, должна понимать, что **основными гигиеническими принципами закаливания являются: систематичность, постепенность, учет индивидуальных особенностей, разнообразие средств и форм, активный режим, сочетание общих и местных процедур, самоконтроль.**

Принцип систематичности требует регулярного, ежедневного, на протяжении всего года выполнения закаливающих процедур. Длительные перерывы ведут к ослаблению или полной утрате приобретенных защитных реакций. Медицинская сестра обязательно должна рекомендовать начинающим закаливание, что начинать закаливание следует с небольших доз и простейших способов, и только последовательный переход от малых доз принимаемых процедур к большим — по времени, количеству и форме — обеспечивает хороший эффект. Постепенное и последовательное увеличение дозировки процедур особенно важно соблюдать пожилым людям и детям.

Большое значение имеет закаливание с помощью воздушных ванн, водных процедур: обтирание, обливание, душ, контрастный душ, полоскание горла, контрастные ножные ванны, купание в водоемах, морское купание, «моржевание», закаливание к перегреву солнечными лучами, горячим воздухом, банным жаром.

Эмоции, стресс и здоровье

Эмоции — одно из важнейших сторон психических процессов, характеризующих переживания человеком действительности, отношение его к окружающему миру и к самому себе. Они имеют большое значение в регулировании психических и соматических процессов. Надо сказать, что эмоции и чувства человека являются весьма тонким индикатором, мотиватором поведения, указывающим степень полезности раздражителя для жизнедеятельности или для взаимоотношения личности и общества.

Медицинская сестра должна понимать, что различные формы отношений человека к воспринимаемому располагаются между полюсами приятного и неприятного, поэтому без эмоций невозможна высшая нервная деятельность. По качественному уровню эмоциональной деятельности проявляются особенности личности в целом, ее высшие потребности. Физиологическая роль эмоций в жизнедеятельности организма исключительно велика. Они участвуют в подготовке организма к той или иной деятельности.

Первичные эмоциональные реакции возбуждают деятельность подкорковых сосудисто-вегетативных и эндокринных центров. Поэтому медицинская сестра должна знать, что при выраженных эмоциональных состояниях человек бледнеет, краснеет, возникает тахикардия или брадикардия, гипотония или гипертония, гипотонус или гипертонус мышц, изменяется деятельность потовых, слезных, слюнных и других желез. У испуганного человека расширяются глазные щели и зрачки, повышается артериальное давление. При переживаниях происходят те или иные сосудисто-вегетативные и эндокринные сдвиги. Медицинским работникам всегда надо помнить, что при неврозах, вызываемых сверхсильными переживаниями в основном отрицательного характера, имеют место различные заболевания.

Г. Селье считает, что в момент действия раздражителя любого по качеству и силе в организме происходят глубокие изменения его биологического тонуса, то есть возникает реакция стресса. Основными этапами стресса являются: стадия тревоги (понижение АД и температуры, прсиму-

щественно щелочные реакции — алкалоз, повышение кровенаполнения капилляров, функциональная деструкция желудочно-кишечного тракта, гипогликемия и т. д.); стадия сопротивления (повышение АД и температуры, на смену гипогликемии приходит гипергликемия, алкалозу — ацидоз, увеличивается масса коры надпочечников) и стадия истощения.

Стадии стресса — это проявление общего адаптационного синдрома, имеющего в основе первоначальные сдвиги в адрено-гипофизарной системе. Начальный этап стресса — эмоциональные реакции. Надо сказать, что эмоции — удивительная и совершенная биологическая структура, тесно связанная с анализаторами, среди которых доминирующую роль играют дистантные (зрение, слух), обеспечивающие организму соответствующий уровень адаптации и работоспособности. В зависимости от степени и длительности выраженности того или иного чувства различают следующие эмоции: настроение, страсть, эффект.

Вызвать стресс могут самые различные факторы: высокая и низкая температура, конфликтные ситуации, резкие перемены в условиях жизни, различные фармакологические вещества. Следовательно, медицинская сестра должна объяснить пациентам, как лучше избежать воздействия отрицательных факторов. Но не всякий стресс вреден. Существует так называемый эустресс — «хороший стресс», он мобилизует организм для приспособления к новым условиям. Существует и «плохой стресс» — дистресс, который может стать причиной возникновения неврозов.

Стресс подразделяется на острый и хронический. Острый стресс развивается мгновенно с обязательным вовлечением нервной, симпато-адреналовой, сердечно-сосудистой систем и системы гипофиз — кора надпочечников. Хронический стресс возникает при продолжительном или повторном воздействии как сильных, так и относительно слабых стрессоров.

Стресс является биологически обоснованным, необходимым явлением, которое позволяет организму встретить любой вредоносный агент в состоянии «боевой» готовности, преодолеть возникновение трудностей и приспособиться к новым условиям среды.

Экологические и профессиональные факторы и здоровье

Одним из важнейших направлений работы медсестры с высшим образованием является профилактика неинфекционных заболеваний, в развитии которых в последнее время все большее значение придается факторам окружающей среды антропогенного происхождения. Пыль, вибрация, шум, химические вещества, ионизирующие и неионизирующие излучения, нервное и физическое перенапряжение, оказывающие воздействие на человека в процессе работы (профессиональные вредности) и через окружающую среду (экологические вредности), существенно влияют на уровень заболеваемости, течение самих болезней. Все это может стать причиной новых заболеваний, изменить качество и продолжительность жизни. Действие этих вредностей в большинстве случаев может быть предотвращено или существенно ослаблено в результате целенаправленной медико-профилактической работы, а также экономическими санкциями к работодателю.

Общепризнано, что существует тесная этиологическая связь между возникновением заболеваний, рост которых наблюдается в течение всего XX века, и антропогенным загрязнением окружающей среды:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (хлорированные углеводороды, диоксины, пестициды, вибрация);

- атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь (вибрация, шум, нервно-психическое перенапряжение);

- неврозы, нейрососудистая дистония (психические перегрузки, радиация, электромагнитные излучения, химические вещества);

- злокачественные новообразования (химические и физические канцерогены);

- хронические неспецифические заболевания легких (химические, пылевые аэрозоли, аллергены);

- дефекты слуха невоспалительного генеза (шум, токсическое поражение);

- патология пубертатного периода, бесплодие, врожденные аномалии (химические вещества, радиация).

К сожалению, этот перечень с каждым годом можно дополнять все новыми и новыми заболеваниями, что обусловливается техническим прогрессом, строительством новых, даже «экологически чистых» производств, химизацией сельского хозяйства, а также уменьшением средств, выделяемых на охрану труда и природоохранные мероприятия, в связи с изменением форм собственности. Перечисленные, а также другие заболевания, в развитии которых антропогенные факторы играют определенную роль, могут быть профессионально обусловленными, профессиональными и экологическими.

Профессионально обусловленные болезни — в основе их развития лежат профессиональные факторы (шум, вибрация, излучения и другие), которые играют не причинную роль, а являются важными условиями их развития. Например, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, тиреотоксикоз, диабет и другие при работах с высоким эмоциональным напряжением (диспетчеры, биржевые маклеры), шумом, вибрацией (телефонистки, водители тяжелых машин, клепальщики). Эти заболевания пока не выделены в отдельный класс, больные не имеют каких-либо льгот по социальному обеспечению. Поэтому их профилактика, ранняя диагностика, проведение комплекса реабилитационных мер, в том числе и на уровне доврачебного обслуживания, имеют важное медико-социальное значение.

Профессиональные болезни — это заболевания, причиной которых является профессиональная вредность. Они развиваются у лиц, работающих во вредных условиях труда, и ограничиваются списком профессиональных болезней, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с профсоюзами. Наличие профессионального заболевания, установленного Центром профпатологии, даст больному значительные льготы, определяемые «Правилами возмещения работодателями вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанными с исполнением трудовых обязанностей» (Постановление Верховного Совета РФ № 4214-1 от 24 декабря 1992 г.). Эти болезни весьма многообразны и причинно связаны с той профессиональной вредностью, с которой приходится соприкасаться человеку в процессе

работы. Например, вибрационная болезнь (вибрация), пылевые болезни легких, пневмокониоз, бронхит (пыль), лучевая болезнь (радиация), острые и хронические интоксикации (химические вещества) и прочее.

Экологические болезни — это заболевания, причиной которых являются вредные (преимущественно антропогенные) факторы окружающей среды. Антропогенные экологические вредности, по сути дела, являются теми же профессиональными вредностями, но воздействуют на человека не на производстве, в процессе работы, а дома, на улице, в местах отдыха, то есть во внепроизводственной среде. Загрязнение среды обитания человека и здесь обуславливается производственной деятельностью человека, поэтому экологические болезни весьма сходны с профессиональными. Например, экологическая «болезнь Минамата» сходна с хронической профессиональной интоксикацией метилртутью, «болезнь Юно» — с интоксикацией хлорированными углеводами. Более того, в некоторых случаях экологические болезни (например, бытовое отравление гранозаном при употреблении в пищу протравленных им семечек) протекают, как показывают наши клинические наблюдения, гораздо тяжелее и с более тяжелыми последствиями, чем профессиональные. На это следует обратить особое внимание, так как ни профессиональные (острые), ни экологические заболевания (и острые, и хронические) обычно в лечебных учреждениях не диагностируются.

Другим видом экологических болезней являются заболевания, носящие эндемический характер и обусловленные биохимической характеристикой местности, в которой проживает человек. Например, при дефиците в окружающей среде йода развивается гипотиреоз. Эндемические районы этого заболевания обнаружены на севере Саратовской области, что указывает на необходимость эндемических исследований и в южных, юго-западных ее районах и в Саратовской области. Недостаток фтора в питьевой воде вызывает эндемический флюороз, селенакардиомиопатию (болезнь Кешана). В некоторых странах (Япония) при выявлении у населения экологически обусловленных антропогенных заболеваний выплачиваются пострадавшим солидные компенсации, предприятия-виновники закрываются или переносятся в развивающиеся страны. Конституцией Российской Федерации (1993 г., ст. 42) также преду-

смачивается компенсация ущерба здоровью человека, вызванного экологическими причинами. Но механизма реализации этой конституционной гарантии нет, поэтому защитить интересы пострадавшего пока может только суд.

Среди факторов окружающей среды, в том числе и производственной среды, ведущую роль в развитии антропогенной патологии имеют химические вредности, обладающие мутагенным, тератогенным, канцерогенным, токсическим (и эмбриотоксическим), раздражающим, аллергическим, иммунодепрессивным действиями. В промышленности и сельском хозяйстве применяются сотни тысяч химических веществ, потенциально опасных для человека и попадающих в его организм как в чистом виде, так и с продуктами питания, питьевой водой.

Особо опасны химические вещества, используемые в сельском хозяйстве, именно при их производстве и применении наиболее интенсивно загрязняется окружающая среда и создаются условия для токсического поражения населения. Прежде всего это хлорорганические ядохимикаты — полиэнзиматические яды, оказывающие токсическое действие практически на все системы и органы человека. Адсорбируясь растениями, с кормом попадая в организм сельскохозяйственных животных, в дальнейшем накапливаясь в продуктах питания, они могут вызвать хронические интоксикации.

Опасными являются и продукты их превращения — диоксины, высокотоксичные яды, мутагены и канцерогены широко распространенные в местностях, где есть хлорный производства. В сельском хозяйстве широко применяются и ртутно-органические ядохимикаты. Бесконтрольная продажа продуктов, среди которых могут быть и протравленные ядохимикатами, становится опасной для здоровья людей, грозит развитием острых и хронических отравлений. Их клиника весьма характерна: психические расстройства (эритизм), поражения нервной системы (полиневриты, параличи, cerebellиты), желудочно-кишечного тракта (стоматиты, гастроэнтероколиты), печени (гепатит), почк. Особенностью хлор- и ртутно-органических соединений является высокая их устойчивость во внешней среде способность к накоплению в организме человека и животных. Поэтому существует вероятность их отдаленного токсического действия, с тяжелым течением заболевания

нервной системы, печени, пищеварительного тракта, снижением репродуктивной функции, появлением тератогенных эффектов и онкологических осложнений.

В городах преобладают два вредных фактора: пыль и продукты сгорания, в том числе и автомобильного топлива. Органические летучие вещества, производные дегтя, другие биологически активные агенты, содержащиеся в выбросах (окислы углерода, серы, азота, свинец, ароматические углеводороды и пр.), попадая в организм, обуславливают значительный рост онкологических, респираторных заболеваний, туберкулеза легких.

Среди факторов, кроме, пожалуй, радиации (лучевая болезнь, последствия Чернобыльской катастрофы) и пыли, наибольшее значение как патогенный экологический и производственный фактор имеет вибрация, в том числе и воздуха — шум. По мере распространения машин и механизмов в производстве и быту человек оказался почти постоянно подверженным их вредному влиянию: развитие ангионеврозов, синдрома артериальной гипертензии, тугоухости.

Патологические изменения, развивающиеся у человека под влиянием разнообразных факторов производственной и окружающей среды, наиболее часто и рано проявляются заболеваниями нервной системы: от функциональных расстройств (неврастения, астеновегетативный синдром) до тяжелых органических поражений (энцефалопатия). Они характерны для всех вышеперечисленных антропогенных факторов химической, физической природы, психического перенапряжения в условиях работы и в быту. Первичные изменения нервной системы — одна из причин роста сердечно-сосудистых заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Эти заболевания нередко также наблюдаются при острых и хронических интоксикациях, проявляющихся гипоксическими состояниями (отравления бензолом, цианидами, угарным газом, окислами азота, сероводородом), при воздействии малых доз радиации, СВЧ-излучений.

Из этиологических факторов, обуславливающих заболевания системы пищеварения (их имеют до 75% населения), важное значение имеют факторы внешней среды, в том числе и связанные с профессиональной деятельностью человека. Перегревание и тяжелый физический труд вы-

зывают угнетение секреции и моторики желудочно-кишечного тракта. Отрицательное воздействие на слизистую оболочку желудка с последующим развитием хронического гастрита оказывают пыль, пары щелочей, кислот, нефтепродукты, вибрация, ионизирующее облучение и другие факторы.

Важное медико-биологическое значение имеет влияние антропогенных факторов на специфические функции женского организма. Даже малые концентрации химических веществ (свинец, ртуть, нефтепродукты, продукты органического синтеза) нарушают овариально-менструальную функцию, осложняют течение беременности и родов, нарушают развитие плода. Подобными же свойствами обладают некоторые физические факторы, в частности, вибрация, ионизирующее и неионизирующее излучение.

Все вышеизложенное подтверждает существующее в настоящее время мнение, что на 30–35% заболеваемость населения обусловлена загрязнением среды, то есть экологическим (в том числе и производственным) неблагополучием. То есть известна причина таких заболеваний, а следовательно известны и способы профилактики, предупреждения этих заболеваний. Здесь большая роль принадлежит не только медицинской службе и ее организаторам, в том числе и руководителям сестринских служб, но и самому населению, его информированию о неблагоприятных экологических и профессиональных факторах, обучению простейшим методам и средствам защиты, пропаганде здорового образа жизни.

Здесь **медицинский работник** (врач, сестра) должны работать в тесном контакте с органами Госэпиднадзора, центрами «Здоровье». При разработке локальных программ профилактики экологических заболеваний необходимо учитывать следующие моменты:

– знание структуры заболеваемости обслуживаемого контингента, данных экологического мониторинга, совпадение заболеваемости с медикоэкологическим прогнозом по нозологическим формам (вид вредности), по массовости и тяжести поражения (степени превышения вредностями предельно допустимых уровней, ПДУ);

– сходности признаков неблагополучия в состоянии здоровья населения (заболевания органов дыхания при

воздействии хлора, пищеварения — диоксины, нервной системы — СВЧ);

— групповой (при хроническом воздействии экзотоксинов или профессиональных вредностей) или массовый (при остром, аварийном воздействии) характер заболеваемости населения;

— наличие высокоспецифичных для данной вредности симптомов поражения (маркеров) — «хлоракне», «ртутный эритизм», «свинцовый колорит» и др.

Профилактические мероприятия медицинской службы, в том числе и ее сестринского звена, осуществляются по следующим направлениям. Во-первых, это информационная работа среди населения, подверженного воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. Здесь уместно подчеркнуть, что согласно законодательным актам РФ каждый гражданин имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии окружающей и производственной среды, ее изменениях, наличии факторов, которые могут отрицательно сказаться на состоянии его здоровья. Организуя санитарно-просветительную работу, сестра-руководитель обеспечивает обучение медицинских работников правилам и содержанию информационной ситуации, обеспечивает доступность ее для населения (средства массовой информации, цеховые и территориальные участки, семейная практика, индивидуальная работа), достоверность и научность (Госсанэпиднадзор).

Информация должна быть не только просветительной, но и обучающей правилам и навыкам защиты от вредного влияния окружающей среды: соблюдение здорового образа жизни, использование средств индивидуальной защиты на производстве, создание экологического комфорта дома, особенно при регулярных или аварийных выбросах экотоксикантов промпредприятиями, правилам оказания доврачебной помощи. Информированное население, сознающее свои конституционные права на благополучную окружающую среду и безопасный труд, может существенно повлиять на реализацию этих прав и через работодателей и через местные органы власти, добиваясь повышения качества своей жизни.

Во-вторых, это медико-профилактическая работа:

— участие в организации и проведении медицинских осмотров среди населения, особенно лиц, работающих во

вредных и неблагоприятных условиях труда. Учитывая, что на большинстве мелких и средних предприятий различных форм собственности медицинское обслуживание осуществляется фельдшерскими здравпунктами, а на многих негосударственных АО, ТОО, ИЧП оно вообще неорганизовано, именно медицинской сестре с высшим образованием принадлежит ведущая роль в обеспечении данного вида профилактической работы. Конечно, проведение самих медосмотров — дело квалифицированных врачей, но их организация (определение контингента с санэпидслужбой, заключение финансовых договоров, обеспечение графика проведения медосмотров, другие маркетинговые и менеджерские работы) — функция руководителей сестринских служб подразделений. Их дело и разработка комплекса реабилитационных мероприятий на уровне фельдшерского здравпункта для работающих, а если деятельность предприятия наносит ущерб здоровью населения, проживающего в зоне этого предприятия, то и для этого населения;

— организация и участие в медикопрофилактических мероприятиях, направленных на повышение сопротивляемости организма человека влиянию неблагоприятных факторов окружающей среды. Так, в частности, в профилактике хронической нагрузки экотоксикантами большое значение имеет рациональное питание, включающее в себя продукты, содержащие аминокислоты, необходимые для повышения антитоксической функции печени (творог), естественные антиоксиданты (лук, петрушка, морковь, тыква, содержащие каротиноиды, растительное масло, сыр, печень, богатые витамином Е), клетчатку (свекла, капуста, черный хлеб), задерживающие всасывание из кишечника ядовитых веществ и ускоряющих их выведение. В весенний период важна витаминизация: декамевит, ундевит, гексамевит. Хороши препараты растительного происхождения — женьшень, элеутерококка, расторопши.

Эффективность этих мероприятий во многом зависит от общей и санитарной культуры населения, доходчивости и настойчивости пропаганды здорового образа жизни, которой постоянно должна заниматься медицинская сестра с высшим образованием, развивая тем самым профилактическое, самое перспективное направление медицины.

Семья и здоровье

Что такое семья, знает каждый. Семье, семейным отношениям уделялось внимание на протяжении жизни всего человечества. Модели семьи формировались на основании правовых законов, религии. Вроде бы о семье известно все, тем не менее социальная важность проблемы семьи до сих пор весьма значительна.

К. Сагер (1976 г.) предложил классификацию поведения в браке:

– партнер, ориентированный на равноправие: ожидает равных прав и обязанностей;

– романтический партнер: ожидает душевного согласия, хочет создать крепкие узы любви, важное значение для него имеют сентиментальные символы. Чувствует себя обманутым, когда партнер отказывается «играть» с ним в эти романтические игры;

– «родительский» партнер: с удовольствием заботится о другом, воспитывая его, тогда как другой занимает «детскую» позицию;

– «детский» партнер: привносит в супружество некоторую спонтанность, непосредственность и радость, но одновременно приобретает власть над другим партнером своим «детским» способом на метакомплиментарном уровне, то есть путем проявления слабости и беспомощности;

– рациональный партнер: следит за проявлением эмоций, точно соблюдает права и обязанности. Ответственен, трезв в оценках, хорошо приспосабливается к жизни, несмотря на то что партнер не ведет себя таким же образом;

– товарищеский партнер: хочет быть сотоварищем и ищет для себя такого же спутника, с которым мог бы разделить повседневные заботы, прожить жизнь;

– независимый партнер: сохраняет в браке определенную дистанцию по отношению к своему партнеру. Стремится избежать излишней интимности в отношениях и хочет, чтобы партнер относился с уважением к этим его требованиям.

Некоторые партнерские комбинации вполне конгруентны: например, «независимый» с «независимым» или «рациональным»; другие комплиментарны, например, «роди-

тельский» с «детским», третьи — конфликтны, например, «романтический» с «независимым».

Основная проблема семьи не в поведении в браке, а в том, что супружеская связь не может оставаться одинаковой, она постоянно развивается и изменяется, потому необходимо выделить стадии развития семейных отношений:

- супружество до рождения ребенка;
- супружество с маленькими детьми;
- супружество с повзрослевшими детьми, которые составляют родительскую семью;
- супружество после того, как дети отделились от родителей.

Каждый период характеризуется своими задачами, с которыми супруги должны справиться, и типичными проблемами, требующими своего разрешения. Трудности возникают при переходе от одной стадии к другой, когда супруги не могут сразу перестроиться и сохраняют прежние принципы и поведение, характерные для предыдущей стадии.

В семье начинается наша жизнь, она вводит нас в мир, дает первые навыки, помогает пережить все радости и трудности. В семье мы получаем тепло, опору и поддержку, необходимые каждому. Только семья благополучная может создать ту неповторимую атмосферу близости, общности и взаимной заботы, без которой невозможно нравственное развитие человека. От семьи зависит обеспечение непрерывной смены поколений и воспроизводство самого населения. От благополучия семьи, психологического климата зависит, какими вырастут в ней дети.

Семейная жизнь — это школа, в которой муж и жена учатся заботиться друг о друге и о детях, воспитывать их. В семейной жизни неизбежны отречения от своих эгоистических желаний, это, кстати, не обедняет человека, а обогащает — добротой, справедливостью, нежностью и т. д. Только рядом с девушкой, а затем супругой молодой человек превращается в мужчину, а мужчина становится личностью. Холостяки такой жизненной школы не проходят, поэтому большинство из них становятся капризными чудаками, общение с которыми может оказаться крайне

тяжелым. Обращает на себя внимание и их нерациональное питание, неряшливая одежда и т. п. Наиболее существенным является то, что холостяцкий образ жизни для здорового взрослого человека вообще ненормален. Продолжительная трудоспособная жизнь обеспечивается не просто жизнью мужа и жены, а во всех отношениях гармоничным брачным союзом.

Существенное значение имеет и психологический климат в семье, который зависит от многих факторов: от взаимных чувств, общих представлений, интересов и стремлений; моральной атмосферы, в которой живет семья, порядочности членов семьи и требовательности к себе и другим; уважительного, внимательного и заботливого отношения друг к другу, взаимной искренности и понимания, а также материального состояния, благополучия и бытовых условий.

Опорой брака считают сексуальную любовь, глубокое влечение к конкретному представителю противоположного пола. Но и не следует удивляться тому, что крайне редко это чувство в первоначальном виде продолжается всю жизнь. С годами чувства неизбежно расстраиваются. И уже содержание жизни составляет труд, обязанности, ответственность, заботы, трудности и, разумеется, радости. В то же время гармоничная семья не возникает сама по себе и для ее образования необходимо взаимное уважение в интересах здоровья, особенно психического, как родителей, так и детей. Однако следует помнить, что большая часть конфликтов в семье возникает из-за того, что муж и жена не знают психических особенностей друг друга, которые объясняются биологическими, а также социальными причинами. Но различия эти нормальны и не следует относиться к ним как к отклонениям от нормы.

Рекомендуемая литература

1. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979, с. 296.
2. Брехман И. И. Введение в валеологию — науку о здоровье. М., 1987, с. 125.

3. Брехман И. И. Обязательность быть здоровым (Вопросы сохранения здоровья и профилактика болезней). Наука и жизнь, 1983, № 11, с. 78–83.

4. Здоровье молодежи — забота общая. Доклад исследовательской группы ВОЗ. Женева, ВОЗ, 1987, 127 с.

5. Книга о здоровье. Сборник. Состав. Ю. В. Махотин и др. под ред. Ю. П. Лисицина. М., Медицина, 1988, 512 с.

6. Кудрявцева Е. П. Здоровье человека: проблемы, суждения. Вопросы философии, 1987, № 12, с. 98–109.

7. Лебедева И. В. Здоровый образ жизни (методич. материалы в помощь лектору). Оренбург, 1985, 40 с.

8. Степанов А. Д., Изуткин Д. Л. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования. Сов. здравоохранение, 1981, № 5, с. 6–10.

9. Казначеев В. П., Баевский Р. М., Берсенева А. П. Донозологическая диагностика в практике массовых исследований населения. Медицина, 1980, 208 с.

10. Хачатурян Ю. А. Возможности самоконтроля. Ж. «Твое здоровье». 1994, № 4, с. 13–25.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Более 2000 лет назад великий врачеватель Гиппократ сказал о том, что человек рождается здоровым, а все болезни приходят к нему через рот с продуктами питания. Лучшие умы человечества посвящали свои труды проблемам использования продуктов с наибольшей пользой для здоровья человека. Стремление увеличить жизнеспособность организма больного человека путем употребления целесообразной пищи существовало во все времена. Древнейшие предания, религиозные писмена индусов, египтян, иудеев, христиан и магометан содержали разнообразные предписания по этому поводу. Вера в целебную силу пищи укоренилась в человеческих умах так же глубоко, как сознание, что неправильное питание обуславливает слабость и болезни. В процессе развития человеческой мысли рождалось множество теорий, где в свете той или иной религии, философии или новейших научных открытий человеку предписывался тот или иной рацион, режим питания, критерий выбора продуктов. Но ни одна из теорий не стала единственно достоверной. Человек всегда искажал их своим субъективным и консервативным отношением к окружающему миру. Самое верное учение — **индивидуальный** подход к питанию, когда помогает личная интуиция и внутренние ощущения, к которым необходимо прислушиваться, используя любую стройную систему по отношению к себе.

В последнее время возрос интерес к немедикаментозным способам лечения и профилактике болезней, основанным на использовании естественных природных факторов. Одним из таких важнейших факторов внешней среды, оказывающих воздействие на организм, является питание. Изменяя характер питания, можно регулировать обмен веществ и тем самым активно воздействовать на течение болезни. Использование пищевых продуктов с указанной целью и называют **диетической терапией**. В этом случае диета сбалансирована

по компонентам, адаптирована к характеру нарушения ассимиляции пищи, вызванного болезнью.

Сочетание диетической терапии с фармакологической, с одной стороны, повышает эффективность лечения, а с другой — смягчает или предупреждает побочные действия лекарств, которые в этих условиях дают эффект при меньшей их дозировке. При диетической терапии больных речь идет о фармакологическом воздействии пищи. Правильно построенное питание способствует сохранению здоровья человека и повышению его трудоспособности.

Всякий живой организм в процессе жизнедеятельности расходует энергию и непрерывно тратит вещества, входящие в состав его клеток и тканей. Для нормальной жизнедеятельности необходимо, чтобы все эти траты восполнялись за счет питания. Пищевые продукты снабжают организм пластическими веществами, энергией, способствуют правильному обмену веществ и сохранению постоянства внутренней среды. Как недоедание, так и переедание может привести к клинически выраженной патологии. Латентно протекающие нарушения питания создают основу для возникновения различных заболеваний.

Определяющая роль в организации сестринского дела в любом лечебно-профилактическом учреждении принадлежит руководителю сестринской службы (подразделения) — главной медицинской сестре (старшей медицинской сестре). Уровень решаемых ими проблем разный, но в нынешних условиях развития рыночных отношений и перехода к бюджетно-страховой медицине растет понимание того, что качество лечебно-профилактической помощи зависит от соответствующей подготовки и профессиональной компетенции. В обязанности сестры-руководителя входит и осуществление организации, контроля и оценки службы питания в лечебном учреждении.

Значение питания в жизнедеятельности организма

Согласно концепции сбалансированного питания были определены пропорции веществ в пищевых рационах, отражающие обменные реакции и лежащие в основе нормальной жизнедеятельности организма. Одной из наиболее общих биологических закономерностей является правило: **ферментные наборы организма соответствуют хими-**

ческим структурам пищи, а нарушение этого соответствия приводит к изменению нормальных процессов превращения того или иного пищевого вещества, служит причиной многих заболеваний. Это правило должно соблюдаться на всех уровнях: в желудочно-кишечном тракте — при процессах пищеварения и всасывания, а также при транспорте пищевых веществ к тканям; в клетках и субклеточных структурах — в процессе клеточного питания, а также в процессе выделения продуктов обмена из организма.

Нарушение «**правила соответствия**» на любом из уровней приводит к существенным нарушениям физиологического состояния организма. Например, выпадение биосинтеза гироксилазы фенилаланина переводит эту аминокислоту в токсическое для организма соединение, которое вызывает резкую задержку физического и психического развития ребенка. Тяжелыми заболеваниями, нередко приводящими новорожденных к гибели, являются наследственные ферментопатии, возникающие в результате непереносимости моносахаридов (галактозы и фруктозы). То есть в результате нарушения генетической информации в тканях организма не продуцируется какой-то один из жизненно важных ферментов. И единственным патогенетически обоснованным методом лечения таких больных является диетотерапия. Ферментные системы человека приспособлены к тем пищевым веществам, которые содержит обычная пища. Эти соотношения пищевых веществ закрепляются как формулы сбалансированного питания.

Таким образом, для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма в состав пищи обязательно должны входить вещества, названные **незаменимыми факторами питания**. К ним относятся незаменимые аминокислоты, витамины, некоторые жирные кислоты, минеральные вещества и микроэлементы. Перечень незаменимых факторов питания существенно различается у отдельных биологических видов и находится в полном соответствии с особенностями обменных процессов для каждого из них. Например, витамин С незаменим только для человека и ограниченного числа животных (обезьяны, морские свинки и др.). Наличие аскорбиновой кислоты в пище совершенно не обязательно для всех остальных животных, так как в их тканях биосинтез витамина С осуществляется достаточно интенсивно. Являющаяся незаменимой для детей

раннего возраста аминокислота гистидин в дальнейшем утрачивает свою незаменимость, что связано с формированием более активных ферментных систем, обеспечивающих синтез гистидина.

Люди питаются по-разному, в зависимости от условий быта, характера работы, вкусов. Однако существует **ряд требований, которые должны учитываться при составлении рационов питания.** Прежде всего пища должна быть **разнообразной и полноценной**, т. е. содержать в определенном количестве и соотношении белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и воду. Другое важное условие — **правильный режим питания.** Под режимом питания понимают распределение пищевого рациона по калорийности, составу и массе на протяжении суток. При этом обязательно следует учитывать кратность, время и длительность приема пищи, а также интервалы между приемами. Рациональный режим питания выдвигает определенные требования к продолжительности приема пищи, ее усвояемости. Последнее прямо зависит от степени измельчения пищи во рту и обработки пищеварительными соками (слюна, желудочный сок и т. д.).

Прежде чем более подробно ознакомить медицинскую сестру с принципами правильного рационального и лечебного питания, необходимо представить организацию этого питания в лечебно-профилактических учреждениях.

Организация лечебного питания

Организация питания больных в лечебно-профилактических учреждениях является одним из важных разделов в комплексе лечебных мероприятий. Поэтому необходимо не только уделять максимум внимания правильному назначению диетических столов, но и следить за санитарным состоянием помещений, где проводится приготовление пищи, за качеством и правильной обработкой пищевых продуктов, за личной гигиеной и здоровьем работников пищеблока и т. п.

Устройство и оборудование пищеблока, организация его работы. Под пищеблоком понимают комплекс помещений, где пищевые продукты проходят путь от их доставки с продовольственных баз до приготовления блюд и разда-

чи готовой пищи. Пищевблок должен включать следующие помещения:

- склады (охлаждаемые и неохлаждаемые) для хранения продуктов, кладовая суточного запаса продуктов;
- производственные цеха:
 - а) мясной заготовительный;
 - б) рыбный заготовительный;
 - в) овощной заготовительный;
 - г) горячий доготовочный;
 - д) холодный доготовочный;
 - е) кондитерский;
- моечные:
 - а) для кухонной посуды;
 - б) для столовой посуды;
 - в) для мытья мармитных тележек и транспортной тары;
- раздаточная (для отпуска пищи);
- обеденный зал;
- вспомогательные помещения:
 - а) инвентарная;
 - б) бельевая;
 - в) тарная;
 - г) помещение для отходов;
 - д) помещение для персонала.

Виды и площадь помещений пищеблока определяются «Строительными нормами и правилами лечебно-профилактических учреждений» и зависят от количества коек в больнице или мест в санаториях и санаториях-профилакториях. При размещении цехов необходимо разделить первичную и последующую обработку продуктов. Помещения с одинаковым тепловым режимом следует максимально приблизить друг к другу. Нормы оснащения пищеблоков лечебно-профилактических учреждений технологическим оборудованием утверждены приказом Минздрава СССР и санитарными правилами для предприятий общественного питания. Ответственность за оборудование пищеблока, буфетных отделений лечебно-профилактического отделения несет главный врач.

Технологическое оборудование пищеблока разделяется на механическое, тепловое и немеханическое. **Механическое оборудование**, применяемое для первичной (холодной) обработки продуктов:

- а) машины для обработки картофеля и овощей;
- б) машины для обработки мяса и рыбы;

- в) машины для приготовления теста;
- г) машины для мытья посуды;
- д) машины для резки хлеба, взбивальная машина, яйцерезка.

Тепловое оборудование предназначено для различных видов тепловой обработки продуктов (варки, жарения или их комбинации). В зависимости от технологического назначения тепловое оборудование делится на варочное (пищеварочные котлы, соусные котлы, пароварочные шкафы, аппараты для варки яиц, сосисок) и жарочное (электросковороды, электроплиты, жарочные шкафы) — для жарения, для просушки и для выпечки. Новые виды теплового оборудования с использованием электромагнитного поля сверхвысокой частоты (СВЧ-шкафы) предназначены для быстрого приготовления, разогревания и размораживания готовых блюд с использованием инфракрасного обогрева. Использование СВЧ-печей позволяет сократить процесс приготовления блюд в 5–6 раз. При этом продукты сохраняют аромат, цвет, не подгорают; обеспечивается сохранность биологически активных веществ. В пищеблоке также необходимо иметь кипяtilьники, мармиты. **Немеханическое оборудование** — разделочные столы, моечные ванны, стеллажи, тележки, весы и др.

Работа пищевого блока учреждения может быть организована как по **централизованной**, так и по **децентрализованной** системе. При централизованной системе все процессы обработки сырья и приготовления пищи сосредоточены в центральном пищеблоке. При децентрализованной системе эти процессы осуществляются раздельно. Имеется одна общая группа помещений, в которых производится заготовка полуфабрикатов, а кухни, где они доводятся до готовности, располагаются в каждом из корпусов больницы.

В практике работы медицинских учреждений в настоящее время предпочтение отдается централизованной системе организации пищеблока. Она более экономична, позволяет рационально использовать производственные помещения, применять высокопроизводительное технологическое оборудование, снизить численность обслуживающего персонала и улучшить условия его труда. Основным его недостатком является необходимость транспортировки готовой пищи в отделения и, в ряде случаев, ее вторичного подогрева. Но его возможно избежать, если использо-

вать мармитные или специальные сервировочные тележки. При децентрализованной системе обеспечения больных питанием процесс приготовления пищи усложняется и становится дороже, так как несколько доготовочных кухонь требуют увеличения штата работников пищеблока и дублирования технологического оборудования, но зато упрощается распределение уже готовой пищи.

Санитарно-гигиенические требования к пищеблоку. Вопросы гигиенического надзора за организацией диетического питания чрезвычайно важны. Это касается санитарного устройства пищеблоков и буфетных при отделениях, их механизации, организации поточности производства, соблюдения сроков хранения и реализации пищи. Одной из особенностей организации питания в лечебно-профилактических учреждениях является необходимость быстрой доставки пищи к больному. Раздачу готовой пищи производят не позже двух часов после ее приготовления, включая и время доставки пищи в отделения.

В зависимости от характера постройки больничных корпусов и мощности больницы возможны следующие виды пищеблоков:

- а) в однокорпусных больницах с числом коек до 300 преимущественно пищеблока внутри общего здания;
- б) в крупных многокорпусных больницах — центральные кухни, вынесенные в отдельное здание.

Однако, независимо от расположения пищеблок должен соответствовать следующим требованиям: все помещения должны быть изолированы и иметь самостоятельные входы и выходы, расположены по поточности процесса и исключать возможность соприкосновения сырья с готовой продукцией, чистой и грязной посудой. Кроме того, расположение всех помещений и размещение в них технологического оборудования должно создавать максимальные удобства для работающих. Недопустимо размещение производственных помещений, кроме овощной заготовочной, обеспеченной самотечной канализацией, в подвальных этажах.

Бытовые помещения для персонала могут быть двух видов:

- а) гардеробные проектируются из расчета хранения в них одежды 85% общего числа работающих;
- б) комнаты личной гигиены женщины — из расчета на 100 работающих.

Текущую уборку проводят влажным способом 1–2 раза ежедневно, а в производственных помещениях — в течение рабочего дня по мере загрязнения. Полы в помещениях, загрязненных пищевыми остатками, моют горячей водой с добавлением 2% раствора соды. Для уборки обеденных столов используют комплекты из влажной и сухой салфеток с метками «для уборки столов». Пищевые отходы и отбросы собирают в бачки с крышками и не позднее чем через 2 часа выносят в мусороприемники на территории двора или в специальные охлаждаемые камеры для хранения до вывоза. Бачки для сбора отходов моют горячей водой с 2% раствором соды и дезинфицируют 5% раствором хлорной извести.

Весь уборочный инвентарь должен быть промаркирован и храниться в шкафу вне производственных помещений. Тряпки, щетки, швабры после пользования промывают горячей водой и погружают на 20 мин в 2% раствор хлорной извести. Не реже 1 раза в неделю следует проводить генеральную уборку всех помещений. По эпидемиологическим показаниям санитарные работники под наблюдением dietсестры производят дезинфекцию. Ее проводят после окончания работы пищеблока. Продукты выносят из помещения. Панели стен и полы увлажняют 0,5% осветленным раствором хлорной извести или хлорамина (500 мл на 1 м). Такими же растворами увлажняют на 30 мин производственные столы. Производственный инвентарь обезвреживают кипячением (20 мин с момента закипания) или погружая на 30 мин в 0,5% раствор хлорной извести или 0,2% раствор хлорамина. Металлическое оборудование не кипятят, а промывают горячим 2% раствором соды и ошпаривают кипятком. После дезинфекции помещение проветривают, инвентарь, аппаратуру промывают горячей водой.

На санитарное состояние учреждения большое влияние оказывает благоустройство и поддержание санитарного режима территории, прилегающей к пищеблоку. Особое внимание надо уделить своевременному удалению и обезвреживанию отбросов. Мусор и пищевые отходы собирают в металлические приемники с плотными крышками. Они должны быть удалены от пищеблока не менее чем на 25 м. Их следует ежедневно очищать, а затем обрабатывать

1% раствором хлорной извести или 15% раствором известкового молока из свежегашеной извести. Запрещено загромождать территорию тарой, инвентарем и т. п. Территорию следует убирать 2 раза в сутки. Профилактика вытравливания мух заключается в надлежащем гигиеническом содержании территории, правильном использовании мусоросборников и своевременном удалении отходов. Все открывающиеся окна пищеблока должны быть затянуты металлическими сетками или марлей. Пищевые продукты необходимо защищать от мух марлей, соответствующей тарой и т. д. Для борьбы с тараканами заделывают щели в стенах, шкафах, не допускают остатков пищи и крошек на столах, полках, в ящиках. Для предупреждения появления грызунов дыры, щели в полу и стенах, отверстия вокруг технических вводов в здание цементируют. Вентиляционные отверстия в подвалах закрывают металлическими сетками. Для осуществления химических способов уничтожения мух, тараканов и грызунов привлекают специалистов из дезинсекционно-дератизационных организаций по согласованию с санитарно-эпидемиологической станцией.

Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения больницы используют термосы, тележки-термосы, мармитные тележки или плотно закрывающуюся крышками посуду. Лица, выполняющие выгрузку и доставку пищи в отделение, должны иметь санитарную одежду (халат, рукавицы). **Категорически запрещается** использование на пищеблоке и в буфетных отделениях **эмалированной посуды** (ведер, кастрюль) для перевозки и хранения готовой пищи и пищевых продуктов. При транспортировании готовой пищи внутри лечебно-профилактического учреждения с помощью тележек кастрюли, ведра, термосы должны быть плотно закрыты крышками. Ежедневно, а в случае загрязнения — и после каждой перевозки готовой пищи, тележки должны промываться. **Запрещается** переливание кисломолочных напитков в мелкой расфасовке (кефир, ряженка, простокваша) в котлы — их порционируют непосредственно из бутылок, пакетов в стаканы или подают на раздачу в заводской упаковке.

Транспортировка хлеба должна осуществляться в полиэтиленовых или клеенчатых (транспортных) мешках (однако хранение хлеба в них не разрешается!). Периодически

мешки должны промываться и просушиваться. Допускается перевозка хлеба в закрытых крышкой емкостях (ведрах, кастрюлях и т. п.). **Не разрешается использовать при транспортировке тканевые мешки.** Хлеб хранят в лотках в шкафах, на стеллажах, полках. Ржаной и пшеничный хлеб хранят отдельно. Крошки с полок сметаются специальными щетками, полки не реже 1 раза в неделю протираются 1% раствором столового уксуса.

В санитарной комнате (или в тамбуре туалета для персонала) должно быть предусмотрено место с подводкой воды (отдельный кран на уровне 0,5 м от пола) и канализации для забора и слива воды для мытья полов. Уборочный материал после мытья полов заливают 0,5% осветленным раствором хлорной извести или 1% раствором хлорамина на 60 минут (в том же ведре, которое использовалось для уборки), далее прополаскивают в воде и сушат.

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования к буфетным отделениям. Важным звеном в организации больничного питания являются буфетные, оборудованные в каждом отделении больницы.

Заведующий отделением несет ответственность:

- за общее санитарное состояние буфетной, соблюдение правил техники безопасности, производственной санитарии и личной гигиены персоналом буфетной;
- своевременное оформление заявок и организацию дезинсекции и дератизации согласно договору с дезотделениями;
- организацию и проведение дополнительных профилактических мероприятий по эпидпоказаниям;
- допуск к работе лиц, не прошедших медицинское обследование и не сдавших санитарного минимума;
- наличие достаточного количества производственного инвентаря, посуды, санитарной одежды и других предметов в соответствии с табелем материально-технического оснащения.

Старшая медицинская сестра отделения обеспечивает:

- организацию и контроль за соблюдением санитарно-гигиенического режима;
- проведение занятий по изучению санитарных правил лицами, поступающими на работу, а также ежегодную проверку знаний персонала буфетной;

– организацию и контроль за проведением дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий, соблюдением техники безопасности при работе с дезинфектантами;

– комплектацию и своевременное пополнение аптечки для оказания первой медицинской помощи;

– контроль за температурным режимом и качеством мытья посуды, приготовлением моющих и дезинфицирующих средств;

– контроль за условиями хранения, сроками реализации и соответствием блюд назначенным диетам (пищи, доставляемой с пищеблока больницы, и личных продуктов пациентов, передаваемых посетителями);

– ежедневный осмотр персонала буфетной на гнойничковые заболевания с регистрацией в журнале;

– контроль за наличием личных медицинских книжек с отметкой о прохождении периодических медицинских обследований, организацию бактериологических обследований персонала (по эпидемическим и клиническим показаниям);

– организацию и проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов отделения.

Ответственность за состояние рабочего места, выполнение правил личной гигиены, выполнение технологических и санитарных требований на своем участке несет каждый работник буфетной. В буфетных отделениях должно быть предусмотрено два отдельных помещения с моечной посудой с установкой 5-гнездной ванны (при наличии 3- и 4-секционных ванн дезинфекцию посуды осуществляют в отдельных емкостях). Моечные ванны должны присоединяться к канализационной сети с разрывом струи не менее 20 мм от верхней приемной воронки. В моечных должны быть установлены резервные электротитаны с подводкой воды к моечным ваннам. В моечной буфетной должна быть установлена (выделена) отдельная ванна для мытья кухонной посуды и выделено место для ее хранения. Разделочные доски и ножи должны быть промаркированы («Х» — хлеб, «М» — масло), их хранят поставленными на ребро на стеллажах или в специальных кассетах.

Остатки пищи обеззараживаются методом кипячения в течение 15 минут от момента закипания или засыпают (сухой хлорной известью, сухой известью белильной тер-

мостойкой). Бачки и ведра после удаления продезинфицированных отходов промывают 2% раствором кальцинированной соды, ополаскивают горячей водой и просушивают.

Ежедневно производят тщательную уборку помещений: подметание влажным способом, мытье полов, удаление пыли, протирание мебели, радиаторов, дверей, подоконников, мытье и дезинфекцию раковин, уборочного инвентаря. После каждой раздачи пищи производят уборку буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств.

Еженедельно с применением моющих и дезинфицирующих средств должно проводиться мытье стен, дверей, радиаторов, осветительной аппаратуры, очистка стекол от пыли и копоти. **Один раз в месяц** производится генеральная уборка с дезинфекцией помещений. Для дезинфекции помещений (полов, стен, дверей и т. п.) применяется 1% осветленный раствор хлорной извести или 0,5% раствор хлорамина. Весь уборочный инвентарь должен быть промаркирован, храниться отдельно в специально выделенных шкафах или стенных нишах. Ветошь, моющие и дезинфицирующие средства должны храниться в промаркированных емкостях в специально отведенных местах. В целях недопущения залета мух окна (фрамуги) и вентиляционные отверстия закрывают металлической (капроновой) сеткой с размером ячеек 2×1,2 мм. Перед проведением работ по дезинфекции пищевые продукты и посуду следует убрать в закрытые шкафы. После окончания указанных мероприятий необходимо провести тщательную уборку.

Доставку в отделение и раздачу готовой пищи производят не позднее 2-х часов с момента ее приготовления. До момента раздачи первые и вторые блюда должны находиться на горячей плите. При раздаче первые блюда и горячие напитки должны иметь температуру не ниже +75, вторые — не ниже +65 град. С, холодные блюда и напитки — от +7 до +14 град. С.

Категорически запрещается оставлять в буфетных остатках пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой «для раздачи пищи». Контроль

раздачи пищи в соответствии с назначенными диетами осуществляет старшая медицинская сестра. Не допускается к раздаче пищи младший медицинский персонал. Прием пищи больными отделений (за исключением тяжелобольных) происходит в специально выделенном помещении — столовой. Медицинские книжки буфетчиц должны храниться в буфетных отделениях.

Санитарные требования к личной гигиене персонала. Лица, поступающие на работу на предприятия общественного питания, обязаны пройти медицинский осмотр в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения СССР от 29.09.89 г. № 555 «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств» и прослушать курс по гигиенической подготовке со сдачей зачета. До представления результатов медицинских обследований и сдачи зачета по санитарному минимуму указанные лица к работе не допускаются.

На каждого работника должна быть заведена личная медицинская книжка, в которую вносятся результаты медицинских обследований, сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, о сдаче санитарного минимума. **Персонал предприятия общественного питания обязан соблюдать следующие правила личной гигиены:**

- приходить на работу в чистой одежде и обуви;
- оставлять верхнюю одежду, головной убор, личные вещи в гардеробной;
- коротко стричь ногти;
- перед началом работы тщательно мыть руки с мылом, желательно дезинфицирующим;
- при появлении признаков простудного заболевания или кишечной дисфункции, а также нагноений, порезов, ожогов сообщать администрации и обращаться в медицинское учреждение для лечения;
- сообщать о всех случаях заболеваний кишечными инфекциями в семье работника.

Категорически запрещается:

- носить ювелирные украшения, покрывать ногти лаком, застегивать санитарную одежду булавками (при порционировании и раздаче пищи, мытье посуды);
- принимать пищу, курить на рабочем месте (прием пищи и курение разрешаются в специально отведенном помещении или месте).

В буфетной должна быть аптечка с набором медикаментов для оказания первой помощи. Слесари, электромонтеры и другие работники, занятые ремонтными работами, допускаются к работе в буфетных в чистой санитарной одежде.

Лица, поступающие на работу в пищеблок, обязаны пройти медицинский осмотр в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства у терапевта, дерматовенеролога, в отдельных случаях — у стоматолога и оториноларинголога. Кроме этого, при поступлении на работу необходимо сделать крупнокадровую флюорографию (в дальнейшем один раз в год), исследование крови на сифилис, мазки на гонорею; исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф (в дальнейшем по эпидпоказаниям); исследования на гельминтозы. В дальнейшем медицинские обследования проводят в соответствии с действующими инструкциями, а также по указанию территориальной санэпидстанции.

Временно отстраняются от работы с готовыми продуктами лица, страдающие ангинами, гнойничковыми заболеваниями кожи, а также с нагноившимися ожогами и порезами. Для выявления лиц с перечисленными заболеваниями необходимо ежедневно проводить осмотр персонала. О результатах проверки и принятых мерах делают запись в специальном журнале.

За санитарное состояние пищеблока и соблюдение в нем санитарного режима, за допуск к работе лиц, не прошедших медицинские обследования, за организацию мероприятий, необходимых для выполнения работниками правил личной гигиены, ответственность несет **заведующий пищеблоком**. За надлежащее содержание помещений, соблюдение правил проверки качества принимаемых продуктов и правильное их хранение отвечает **кладовщик**. За качество принятых на производство пищевых продуктов, качество готовой продукции и соблюдение санитарных требований в процессе технологической обработки продуктов ответственность несут **заведующий производством и повар**.

Санитарно-гигиенические требования к оборудованию, инвентарю и посуде. Нарушение санитарного и технического состояния производственного оборудования, инвентаря и

посуды ведет к снижению качества, микробному обсеменению или химическому загрязнению продуктов, полуфабрикатов и готовых блюд. Это может стать причиной и возникновения, распространения кишечных инфекций и возникновения пищевых отравлений. Рабочие части протирочных, взбивальных и других машин после использования разбирают, очищают от остатков пищи, промывают 1% теплым раствором соды, ошпаривают кипятком, просушивают и покрывают чистой тканью. Мясорубки перед работой ошпаривают кипятком. Во время генеральной уборки обрабатывают 1% раствором хлорной извести.

Необходима маркировка везде. Наиболее гигиеничны разделочные, цельнометаллические столы со съёмной крышкой из нержавеющей стали, деревянные крышки с гладко выструганной поверхностью, изготовленные из твердых пород дерева (дуб, бук, клен). Ножи и разделочные доски маркируют (СМ, СР, СО) + (ВМ, ВР, ВО) + (КО) + (ХЛ). После работы разделочные столы очищают от остатков пищи и промывают горячей водой. Ножи, скалки, разделочные доски ошпаривают кипятком и просушивают. Колоду для разуба мяса зачищают ножом и посыпают солью. Кухонную посуду допускают к использованию из нержавеющей стали, чугуна (сковороды), алюминия, нелуженого железа (противни), из оцинкованного железа (ведра, бачки, тазы), эмалированную.

Оцинкованная посуда предназначена только для хранения или переноса воды и сухих сыпучих продуктов. При использовании этой посуды для хранения других продуктов или готовой пищи возможны отравления цинком. Наиболее устойчива посуда из нержавеющей стали и алюминия. Столовая и чайная посуда допускается фаянсовая, фарфоровая, стеклянная, из алюминия и нержавеющей стали, из допущенных санитарной инспекцией пластмасс (тарелки, блюда и др.), при этом надо знать, с какими продуктами может контактировать изделие из пластмассы.

В моечной должна быть вывешена инструкция «О правилах мытья посуды и инвентаря». **Режим мытья столовой посуды** (в трехсекционной ванне) следующий:

- а) механическое удаление остатков пищи щеткой или деревянной лопаткой в специальные бачки для отходов;
- б) мытье посуды щеткой в воде в 1-м гнезде, имеющей температуру 50 град. С, с добавлением 1% тринатрий

фосфата или кальцинированной соды, 0,5% моющего средства «Прогресс» или других моющих средств, разрешенных Министерством здравоохранения РФ («Блик», «Посудомой», «Злотодив», «Сим», «Жемчуг», «Помощница», «Бирюса», «Экстра-песол», «Агат», «Вильва»);

в) обеззараживание посуды методом кипячения в течение 15 минут или погружения во 2-е гнездо (или отдельную емкость) в течение 30 минут в 0,5% раствор хлорамина, 0,1% раствор сульфохлорантина, 1% дихлор-1, 0,5% (по надуксусной кислоте) дезоксон-1. При применении моющих средств «Блик-2», «Посудомой-2», обладающих антимикробным действием, посуда выдерживается в растворе 15–20 минут (замачивание отдельно в дезрастворе не требуется);

г) ополаскивание посуды в 3-м гнезде ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65 град. С (в металлических сетках с ручками или гибким шлангом с душевой насадкой);

д) просушивание посуды на специальных полках или решетках. Не допускается к употреблению столовая и чайная посуда с трещинами и отбитыми краями.

Режим мытья стеклянной посуды (в двухсекционной ванне) отличается незначительно:

а) механическая очистка;

б) мытье с применением разрешенных моющих средств и обеззараживание. Обеззараживание посуды производят в специально выделенной маркированной емкости методом кипячения в течение 15 минут или погружения в течение 30 минут в 0,5% раствор хлорамина, 0,1% раствор сульфохлорантина, 1% дихлор-1, 0,05% (по надуксусной кислоте) дезоксон-1;

в) ополаскивание посуды во 2-м гнезде ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65 град. С;

г) просушивание посуды на специальных полках или решетках.

Режим мытья столовых приборов, разделочных досок и ножей:

а) механическая очистка;

б) мытье с применением разрешенных моющих средств и обеззараживание. В 1-е гнездо ванны добавляют моющее и дезинфицирующее средства, или обеззараживание приборов осуществляют методом кипячения в течение 15 минут,

прокаливания в течение 2—3 минут или погружения в течение 30 минут в 0,5% раствор хлорамина, 0,1% раствор сульфохлорантина, 1% дихлор-1, 0,05% дезоксон-1;

в) ополаскивание приборов во 2-м гнезде ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65 град. С;

г) просушивание приборов.

Режим мытья кухонной посуды: кастрюли, ведра, термосы очищают от остатков пищи, моют горячей водой (50 градусов) с применением разрешенных моюще-чистящих средств, затем ополаскивают горячей водой не ниже 65 градусов.

Перечень моюще-чистящих средств (для чистки всех видов посуды, раковин, ванн, кафеля, керамики и т. д.), допущенных Министерством здравоохранения РФ: «Альма», «Блеск-Ц», «Арита», «Оксиблеск», «Ванаван», «Полиблеск», «Блестин», «Светлый», «Оксибор», «Перлин», «Чистоль-экстра», «Пемоксоль-М», «Скайдра-М», «Санита-М», паста «Специальная-2». Из вышеперечисленных средств обладают антимикробным действием «Оксиблеск», «Перлин», «Санита» (обработка в соответствии с инструкцией на этикетке).

Мочалки для мытья посуды и ветошь для протирки столов по окончании уборки промывают горячей водой с добавлением моющих средств, споласкивают, кипятят в течение 15 минут (или замачивают в 0,5% осветленном растворе хлорной извести или 1% растворе хлорамина на 60 минут), затем сушат и хранят в специально выделенном месте.

Гигиенические требования к доставке, оценке качества и хранению пищевых продуктов. Пищевые продукты перевозят предназначенным для этого транспортом, который запрещено использовать для других целей. Полуфабрикаты и готовые скоропортящиеся изделия должны иметь удостоверения о качестве (сертификаты) от предприятия-изготовителя с указанием числа и часа приготовления и времени отправки. Диетсестра должна следить за санитарным состоянием транспорта и тары, не принимать загрязненные при доставке или неправильно транспортируемые продукты. Без тары, навалом, перевозят картофель и овощи. При разрешении санитарной инспекции мясо (тушами) доставляют без тары, уложенное на чистый брезент и прикрытое им. Молоко транспортируют в бутылках или металличе-

ких флягах; творог и сметану — в ящиках, бочонках. Рыбу, мясо, птицу, колбасные изделия, субпродукты перевозят в специально оборудованных машинах или ящиках, обитых внутри оцинкованным или луженым железом. Хлебобулочные изделия доставляют в закрытом транспорте с деревянными выдвигаемыми полками или ящиками, что позволяет избежать загрязнения хлеба руками при выгрузке. Овощные полуфабрикаты перевозят в эмалированной металлической и деревянной таре, плотно закрытой; очищенный картофель — в холодной воде. Мясные и рыбные полуфабрикаты доставляют в охлажденной металлической и лакированной деревянной таре.

Прием продуктов и проверку их качества проводит кладовщик или диетсестра. При подозрении на недоброкачественность продукта вызывается врач-диетолог или дежурный врач. Не допускаются к приему мясо без документа о ветеринарном осмотре и неклеяемое, утиные и гусиные яйца, куриные яйца из инкубатора, непотрошенных уток и гусей, молочные продукты при отсутствии в предприятии холода, бомбажные консервы. Доброкачественность продукта определяют органолептически (по цвету, запаху, консистенции, вкусу и т. д.), а в сомнительных случаях посылают по согласованию в пищевую лабораторию СЭС. Несложные анализы (для мяса и рыбы — проба «на нож», пробная варка; для молока и хлеба — определение кислотности и т. д.) следует организовать в самом пищеблоке.

Технические вопросы организации лечебного питания. Диетотерапия в медицинских учреждениях строится по принципу разработки суточных пищевых рационов. Его основой является диетная система. Нормы продуктового снабжения больных установлены Министерством здравоохранения РФ. Общее руководство лечебным питанием в больнице осуществляет главный врач, а в отделениях — заведующие отделениями.

Для координации всей работы по лечебному питанию в больницах мощностью более 100 коек создается **совет по лечебному питанию**. Указанные советы предусматриваются специальным положением, утвержденным МЗ РФ. В его состав включаются заведующие отделениями, главная медицинская сестра, заместитель по административно-хозяйственной части, диетврач, диетсестра (заведующая пищеблоком), старший повар и старшие сестры отделений. Пред-

седателем совета является главный врач, а ответственным секретарем — врач-диетолог. Он же осуществляет непосредственное научно-методическое и организационное руководство лечебным питанием. В учреждениях, где должность врача-диетолога не предусмотрена, руководство диетическим питанием возлагается на одного из лечащих врачей. Диетсестра должна иметь среднее медицинское образование, практический стаж работы и достаточные знания в области общей кулинарии и лечебного питания. В отделениях организация питания больных возлагается на старших медицинских сестер отделения. Приготовление пищи проводится под непосредственным руководством шеф-повара.

Должность диетсестры по штатным нормативам МЗ РФ установлена из расчета одна диетсестра на 200 коек, а в туберкулезных и инфекционных больницах — на каждые 100 коек. Обеспечение пищевого блока продуктами, инвентарем, наем и увольнение его персонала производится заместителем главного врача по административно-хозяйственной работе.

Врач-диетолог совместно с диетсестрой и старшим поваром организует систематическую работу по ознакомлению всего медицинского персонала с основными принципами организации лечебного питания и с особенностями лечебных диет. В план обучения производственного персонала пищеблока включаются также занятия по санитарному минимуму. Ежедневно старшие медицинские сестры отделений представляют диетсестре пищеблока учреждения здравоохранения «Сведения о наличии больных, состоящих на питании» по состоянию на 9 часов утра текущего дня по форме № 22—МЗ. В форме указывается распределение больных по диетическим столам лечебного питания в соответствии с установленными дифференцированными нормами питания.

«Сведения о наличии больных, состоящих на питании», заполняются в одном экземпляре. Распределение больных по диетическим столам производится в соответствии с записями в истории болезней. Количество больных в отделении сверяется с данными приемного отделения. Форма № 22—МЗ подписывается заведующим отделением. На оборотной стороне выписывается индивидуальное питание, назначенное больным лечащим врачом. В детских лечеб-

ных учреждениях здравоохранения в число лиц, состоящих на питании, включаются также матери, помещенные в больницы вместе с больными детьми в возрасте до года.

После получения сведений о наличии больных, состоящих на питании (на 9 часов утра), диетсестра пищеблока составляет сводные «Сведения о наличии больных, состоящих на питании», в целом по больнице с разбивкой по диетическим столам по форме № 22—МЗ и производит сверку с данными медицинской статистики и приемного отделения. На каждое наименование блюда, приготовляемого на пищеблоке, составляется в двух экземплярах постоянная технологическая карта. В ней приводятся перечень продуктов питания, нормы их закладки, химический состав, калорийность, масса готового блюда и ориентировочная стоимость одной его порции. Каждая карточка утверждается главным врачом с указанием даты, с которой она введена в действие. Один экземпляр ее находится у диетсестры, а другой — в бухгалтерии, которая использует ее для контроля за правильностью применяемых диетсестрой норм в меню-раскладке.

На основании сводных сведений о наличии больных, состоящих на питании, технологической карты и утвержденных норм питания, диетсестра пищеблока ежедневно составляет для следующего дня меню-раскладку по ф. № 44—МЗ в одном экземпляре. В учреждениях при незначительном количестве диетических столов составляется в одном экземпляре меню-требование форма № 299 (№ 299-мех). В меню-раскладке ф. № 44—МЗ диетсестра числителем проставляет количество продуктов питания для приготовления одной порции каждого блюда, а знаменателем показывает количество продуктов, необходимое для приготовления всех порций данного блюда.

В тех учреждениях, где нормы суточного рациона питания, установленные для различных категорий больных, отличаются набором и количеством продуктов, а следовательно, и стоимостью, — меню-раскладки составляются по каждой денежной норме отдельно (например, для больного детского, туберкулезного отделений и т. п.).

При составлении меню-раскладки работник бухгалтерии подсчитывает дневную стоимость питания и сверяет ее соответствие смете. К концу месяца причитающиеся по смете ассигнования на питание больных, исчисленные по

установленной денежной норме и фактически выполненному количеству койко-дней, должны быть использованы полностью. Меню-раскладка подписывается диетсестрой, старшим бухгалтером и утверждается главным врачом или его заместителем.

На основании меню-раскладки выписывается «Требование на выдачу продуктов питания со склада (кладовой) по форме № 45-МЗ. Требование составляется в двух экземплярах на основании итоговых данных меню-раскладки по форме № 44-МЗ на каждый диетический стол. Один экземпляр требования остается у кладовщика, второй — у шеф-повара (повара). Дополнительная выписка и возврат продуктов питания производятся по накладной (требованию) по форме № 434-мех.

В каждом лечебном учреждении на основные постоянно действующие диеты обычно разрабатывается семидневное меню. Оно должно соответствовать характеристикам диет, обеспечивать правильное сочетание пищевых продуктов в каждом приеме пищи, разнообразие и хорошие органолептические свойства.

В случае изменения количества больных по сравнению с данными на начало дня (9 часов утра), указанными в меню-раскладке, свыше 3 человек диетсестра пищеблока составляет расчет изменения потребности в продуктах питания блюд общей диеты. При увеличении потребности в продуктах питания выписывается накладная (требование) на склад (кладовую) по форме № 434-мех, а при уменьшении потребности в продуктах питания излишки сдаются на склад (кладовую) и оформляются той же накладной (требованием) с указанием на ней «Возврат». Продукты питания, заложенные в котел, возврату не подлежат. Шеф-повар, получив сведения о движении больных, производит соответствующие изменения в «Ведомости на отпуск отделением рациона питания для больных» ф. № 23-МЗ. Внесенные изменения шеф-повар подтверждает своей подписью.

Закладка продуктов питания в котел производится в присутствии диетврача (диетсестры). Периодически (внезапно) закладка продуктов питания в котел контролируется администрацией совместно с представителями общественных организаций (местного комитета, совета сестер и др.). Перед закладкой в котел продукты питания взве-

шиваются независимо от того, что они были получены по весу со склада (кладовой). Вес порции готовых блюд должен соответствовать нормам выхода готовой продукции. Не менее 3 раз в месяц представителями общественных организаций выборочно проверяется вес порций готовых блюд и одновременно производится органолептическая проба пищевых продуктов. О результатах проверки составляется акт.

Проверка качества приготовленных блюд проводится в соответствии с Инструкцией по контролю за качеством готовой пищи в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденной Главной медицинской инспекцией Министерства здравоохранения СССР. Контроль за качеством готовой пищи осуществляет дежурный врач совместно с заведующим пищеблоком. Результаты дегустации каждого блюда заносятся в меню-порционник, а общую оценку записывают в «Журнал проб готовой пищи».

Выдача отделениям рационов питания производится по форме № 23—МЗ «Ведомости на отпуск отделениям рационов питания для больных». Раздаточная ведомость заполняется диетсестрой в одном экземпляре. При выдаче завтраков, обедов и ужинов работники отделений расписываются в их получении. Ведомость подписывается диетсестрой и шеф-поварами сдается в бухгалтерию.

Для ознакомления больных ежедневно на видном месте в отделениях вывешивается меню. На основании меню и сведений отделений о наличии больных, состоящих на питании, работники отделений раздают полагающиеся больным готовые блюда и другие продукты по режимам питания, разложив все на порции. Не реже одного раза в месяц (внезапно) администрацией совместно с представителем общественных организаций и диетсестрой проверяется вес и количество готовых блюд в отделениях.

Главная медицинская сестра должна периодически присутствовать при раздаче пищи на лечебных отделениях с целью контроля за ее качеством и выявления претензий больных. Совместно с членами совета по питанию она осуществляет постоянный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического режима на пищеблоке и работой продовольственного склада, участвует в проверке на калорийность готовых блюд (одновременно берутся пробы блюд

на пищеблоке и в буфетных), а также постоянно контролирует ведение документации пищеблока.

Контроль за приносимыми больным пищевыми продуктами. В каждом лечебном учреждении должен быть четко организован контроль за приносимыми больным пищевыми продуктами. Его осуществляют медицинские работники при приеме передач и медицинские сестры отделений, имеющие список больных с указанием номера диеты, получаемой каждым из них. В местах приема передачи и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных (с указанием их предельного количества) и запрещенных для передачи продуктов. Личные продукты питания (передачи из дома) больные хранят в тумбочке (сухие продукты) и в специально выделенном холодильнике (скоропортящиеся продукты).

Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения должна проверять соблюдение правил и сроков хранения пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения, в тумбочках больных. Передачи для больных должны передаваться в целлофановых пакетах с указанием Ф. И. О. больного, даты передачи. При обнаружении пищевых продуктов с истекшим сроком хранения, хранящихся без целлофановых пакетов (в холодильниках), без указания Ф. И. О. больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения передач больной должен быть информирован при поступлении в отделение. В отделениях дежурными медицинскими сестрами должны проверяться соответствие передаваемых пищевых продуктов диете больного, их количество, доброкачественность.

Организация питания больных в асептических отделениях (блоках) и палатах. Пищу для больных готовят по заявкам на общей кухне лечебно-профилактического учреждения. Из кухни пищу в закрытых емкостях привозят в буфетную. В буфетной пищу дополнительно обрабатывают термически и передают в закрытых емкостях через раздаточное окно в отделение для больных. Хлеб обрабатывают 12 мин при температуре 130 градусов. Овощи и фрукты после тщательного мытья обдают кипятком и перекладывают в стерильную посуду.

Питание всех больных отделения проводят строго по палатам. Дежурная медицинская сестра развозит на тележ-

ке кастрюли с пищей, раскладывает ее в стерильную посуду и передает в палату больному. Кипяченую и охлажденную воду для больных разливают в стерильные графины, передают в палату больному. Смену воды в графине производят ежедневно. Посуду (тарелки, кружки, ножи, вилки и пр.) после использования медицинская сестра собирает и передает буфетчице, которая моет ее горячей водой, высушивает, упаковывает в бумагу по 2—4 штуки и стерилизует в воздушном стерилизаторе при температуре 180 градусов в течение 60 минут.

Мочалки для мытья посуды и ветошь для протирания столов в буфетной после окончания уборки кипятят в моющем растворе в течение 15 минут, затем прополаскивают, сушат и хранят в специальной чистой таре с крышкой. После каждой раздачи пищи производят уборку помещения буфетной. Для уборки ветошь используют однократно.

Персонал буфетной обязан соблюдать правила личной гигиены, ежедневно менять халат и шапочку. Перед раздачей пищи, разливом воды в графин, выгрузкой стерильной посуды из воздушного стерилизатора буфетчица двукратно моет руки с мылом теплой проточной водой и вытирает их индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно. Медицинские осмотры и обследования работников пищевого блока, раздаточных и буфетных проводят при приеме на работу и затем каждые три месяца в соответствии с действующей инструкцией.

Санитарно-противоэпидемические мероприятия при приготовлении, доставке и приеме пищи в инфекционных больницах (отделениях). Ответственность за организацию питания несет главный врач больницы. В пищевых блоках больниц строго соблюдают требования по их устройству, содержанию и приготовлению пищи, предусмотренные действующими санитарными правилами для предприятий общественного питания.

Медицинские осмотры и обследования работников пищевого блока, раздаточных и буфетных проводят при приеме на работу и затем каждые 6 месяцев в соответствии с действующей инструкцией. Персонал пищевого блока допускают к работе только после сдачи зачета по санитарному минимуму. Запрещают в помещениях пищеблока проводить мытье столовой посуды из отделений больницы.

Мытье столовой посуды проводят только в моечных буфетов отделений.

Оборудование пищевых блоков и буфетных в отделениях больницы должно соответствовать действующему таблице оснащения больницы. Буфетные следует разделять на «чистую» и «грязную» половины (с застекленной перегородкой и окном для передачи обеззараженной посуды на «чистую» половину).

При отсутствии централизованной кольцевой доставки пищевых продуктов и хлеба для их перевозки выделяют специальный транспорт (крытый), который не реже одного раза в год подвергают паспортизации в учреждениях санэпидслужбы. Запрещают использовать этот транспорт для перевозки белья, оборудования, больных и т. д. Для транспортировки готовой пищи в буфетные отделения больницы используют термосы, тележки-термосы, мармитные тележки или плотно закрывающуюся посуду; термосы и посуду для доставки пищи маркируют.

В многопрофильной больнице посуду для доставки пищи моют, обеззараживают и хранят в буфетных комнатах инфекционного отделения, а при наличии кухни-догоготовочной инфекционного корпуса — в помещении для хранения и мытья мармитных тележек, термосов, для чего там устанавливают отдельную трехсекционную мойку.

Помещения буфетных при отделениях обеспечивают:

- холодной и горячей проточной водой, независимо от наличия в сети горячей воды буфетные должны быть оборудованы электрокипятильниками непрерывного действия;

- трехсекционными моечными ваннами, которые подключают к канализации, сетками для ополаскивания и сушки посуды;

- мармитной установкой или электроплитой для подогрева пищи;

- шкафами для хранения столовой посуды, приборов и хранения продуктов (хлеб, соль, сахар);

- столом с гигиеническим покрытием для раздачи пищи и отдельными столами для грязной и чистой посуды;

- комплектами посуды из расчета на 1 больного: глубокая, мелкая и десертная (с соответствующей маркировкой) тарелки, вилка, ложка столовая и чайная, кружка, а в детских отделениях с запасом согласно таблицу оснащения;

- посудой для получения пищи из пищеблока и кастрюлей для кипячения мочалок;
- баком для замачивания или кипячения посуды;
- тарой для сбора остатков пищи;
- моющими и дезинфицирующими средствами;
- воздушными стерилизаторами или сушильными шкафами для обеззараживания вымытой посуды;
- уборочным инвентарем (ведра, ветошь, щетки и т. д.), раздельным для буфета и обеденного зала (для пола и оборудования);
- подставками для термосов, ведер и кастрюль для доставки пищи.

При выдаче пищи из общего пищеблока устанавливают время получения пищи для каждого отделения. Запрещается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, а также смешивать оставшиеся продукты со свежими блюдами. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Пищу развозят по палатам на специальных каталках. Раздачу пищи осуществляют только в халатах с маркировкой «для раздачи пищи». Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений отделения, к раздаче пищи не допускается. Больные принимают пищу в палатах. В отделениях кишечных инфекций (дизентерия, пищевые токсикоинфекции, сальмонеллезы) питание больных с удовлетворительным состоянием допустимо в специально выделенных помещениях — столовых.

Запрещают совместное хранение в холодильнике продуктов питания и медикаментов. Грудное молоко и питательные смеси хранят обособленно в отдельном холодильнике. Личные продукты больных (передачи из дома) хранят в шкафу, тумбочке (сухие продукты) и в специальном холодильнике (скоропортящиеся продукты). Контроль за правильностью хранения этих продуктов осуществляет старшая медицинская сестра отделения.

После каждой раздачи пищи производят уборку помещений буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств. Посуду после приема пищи собирают в буфетной отделения на отдельном столе, ~~обеззараживают от остатков пищи, обеззараживают кипячением~~ или погружением в дезинфицирующий раствор. Обеззараженную посуду моют, просушивают на специально вы-

деленном чистом столе в сетках и хранят в шкафу. Вымытую посуду обеззараживают также в воздушных стерилизаторах (130 град. С ~ в течение 45 минут). При обработке посуды в воздушных стерилизаторах обязательно обеззараживают смывные воды после мытья посуды.

В помещениях буфетных на видном месте вывешивают инструкцию по осуществлению дезинфекции и мытья посуды. Остатки пищи сбрасывают в специальный бак с крышкой и обеззараживают. Стол для грязной посуды, мочалки, щетки, ерши дезинфицируют после каждого пользования. Ветошь для обеззараживания столов, мочалки или ветошь для мытья посуды целесообразно использовать однократно, а затем кипятить или погружать в дезинфицирующий раствор. После обеззараживания ветошь или мочалки промывать и высушивать. Уборочный инвентарь после мытья полов обеззараживают в санитарной комнате в одном из дезинфицирующих растворов в том же ведре, которое используют для уборки, по истечении экспозиции прополаскивают в проточной воде и сушат.

Значение пищевых веществ в питании здорового и больного человека

Энергетические свойства пищи. По виду энергетики продукты питания можно разделить на две группы. **Первая** — это теплые продукты (продукты солнечного заряда). К ним относятся большинство острых пряностей, ароматических трав, творог, растительное масло, пшеница, ячмень, баранина. Эта группа продуктов сдвигает энергетический баланс в сторону тепла, активности, жизнедеятельности во внешнем мире. **Вторая** группа — продукты холодные (продукты лунного заряда). Она включает гречку, рис, рожь, молоко, рыбу, говядину, кур, овощи и фрукты. Эта группа сдвигает энергетический баланс организма в сторону охлаждения внутренней деятельности, восприятия, пассивности.

В рационе должны присутствовать продукты как с холодными, так и с теплыми свойствами. Считают, что пища, обладающая кислым, острым, соленым вкусом, относится к теплой, а сладкая, вязущая, горькая — к холодной.

Характер погоды и время года также должны учитываться при выборе продуктов. Так, в холодное время необходим сдвиг меню в сторону преобладания теплой пищи, летом — холодной. Весной и осенью желательны соблюдать баланс.

Любое растение воспринимает всю информацию того места, на котором оно выросло. Причем, если место слишком жаркое, то растение борется с этим выработкой в себе противоположных — холодных, водянистых свойств. Например, арбузы, дыни, листовые овощи (капуста), плоды деревьев, ягоды. Если растение должно перенести неблагоприятные — холодные условия, то оно борется с этим, вырабатывая в себе противоположные — теплые, маслянистые свойства (зерновые, орехи, семена, корнеплоды).

С помощью свойств продуктов человек борется с неблагоприятными внешними условиями. Так, внешней жарой летом он противопоставляет охлаждающие, водянистые свойства растительных продуктов: огурцов, помидоров, капусты, ягод, фруктов, бахчевых. И наоборот, зимой, употребляя зерновые, орехи, семена, корнеплоды, сухофрукты (при высушивании фрукты приобретают теплые свойства) в сыром и слаботермически обработанном виде, т. е. теплые, он противопоставляет эти свойства холоду и сухости.

Все это было замечено народной мудростью и прочно вошло в наш быт. Летом мы предпочитаем квас, окрошку (кислый вкус хорошо держит в организме воду), свежие салаты, пьем прохладительные напитки. Зимой мы поступаем наоборот, — пьем теплые чаи и отвары трав, компоты из сухофруктов, потребляем наваристые борщи, супы, тушеные овощи, каши в теплом виде.

Вкус пищи. Вкус пищи говорит об особых свойствах энергии, заложенной в ней. Язык как орган вкуса позволяет нам распознать эту энергию. Энергия, заложенная в продукте, может благотворно влиять на нашу жизнедеятельность, особенно когда энергии данного вида в организме не хватает, и наоборот, угнетать жизнедеятельность при ее избытке.

Обычно выделяют шесть основных вкусов пищи:

сладкий — наиболее силен по лечебной силе, укрепляет, увеличивает силы тела, способствует свариванию соков тела, обладает небольшой теплотворной способностью;

кислый — обладает освежающим, высушивающим действием, возбуждает аппетит, насыщает, размельчает пищу, способствует перевариванию, открывает закупорки и делает проходимость кишечника;

соленый — обладает очищающими свойствами, вытягивает застрявшее, затвердевшее, закупорившее, удаляет плесень; поддерживает аппетит, вызывает выделение слюны и желудочных соков; холодным продуктам придает разогревающие организм свойства;

горький — обладает сильным очищающим, желчегонным, бактерицидным, глистогонным действием; улучшает аппетит, умеренно охлаждает тело;

жгучий, острый — улучшает пищеварение и аппетит; согревает тело и стимулирует выход жидкости из него; расширяет сосуды; обладает разжижающими, растворяющими свойствами; увеличивает циркуляторные процессы в теле;

вяжущий — обладает противовоспалительными свойствами; способствует выведению жидкости из организма; заживляет раны; улучшает цвет кожи, сильно охлаждает.

После того как пища пройдет пищеварительный тракт, ее вкус меняется. Так, продукты сладкого и соленого вкуса становятся сладкими; кислое — кислым; горькое, вяжущее и жгучее — горьким. Таким образом, из шести первичных в организме образуются три вторичных вкуса.

Продукты, образующие **вторичный сладкий вкус**, способствуют укреплению, наращиванию массы тела. Избыток сладкого порождает слизь, ожирение и понижение теплотворных способностей организма. На интеллектуальном уровне это выражается в безразличии, апатии.

Продукты, образующие **вторичный кислый вкус**, способствуют повышению теплотворной, интеллектуальной и пищеварительной способностей организма. Избыток кислого вкуса ухудшает состав крови, приводит к язвам, кожным раздражениям, изжоге. Человек становится вспыльчивым и раздражительным.

Продукты, образующие **вторичный горький вкус**, способствуют очищению организма, стимуляции жизненных процессов и ведут к похудению. Избыток горького вкуса может истощить силы, обезводить организм. На психическом уровне это приводит к частому появлению беспричинного страха, напрасным волнениям.

Если вы чувствуете себя нормально, то в ежедневной трапезе старайтесь потреблять продукты, содержащие **ВСЕ ВКУСЫ**, не отдавая предпочтение ни одному из них. Тогда пища будет гармонично стимулировать вашу энергетику.

Кулинарная обработка в некоторых случаях может менять вкус продукта. Например, первоначальный вкус лука — жгучий, а после тушения или варки он приобретает сладкий вкус. Сладкий, кислый и соленый вкусы оказывают на организм в основном анаболическое действие. Горький, вяжущий и жгучий — катаболическое. Пища, в которой преобладает горький и жгучий вкус, способствует поднятию энергии организма. Такую пищу хорошо рекомендовать лицам с пониженным кровяным давлением, страдающим плохой циркуляцией крови в сосудах головного мозга. Ее можно применять и как рвотное средство для очищения организма от слизи. Пища, обладающая сладким и соленым вкусами, направляет энергию организма вниз. Подобная пища (например, морская капуста) является хорошим естественным слабительным. Если пища кислого вкуса способствует проходимости кишечника, то вяжущий вкус — наоборот, вызывает спазмы пищевода и делает кишечник малопроеходимым.

Химический состав пищи — основной фактор, определяющий ее влияние на организм. Белки представляют собой сложные химические вещества, которые под действием пищеварительных соков распадаются в кишечнике на свои составные части — аминокислоты. В сутки взрослому здоровому человеку требуется 58—117 г белков, из них 32—64 г — животного происхождения.

Жиры входят в состав клеток и тканей, участвуя в обменных процессах. Из пищевых веществ жиры в ходе обмена выделяют больше всего энергии. При сгорании каждого грамма жира выделяется 9,0 килокалорий. Поэтому они дают большее чувство насыщения. Являясь необходимой составной частью пищи, жиры улучшают ее вкус, повышают усвояемость, а благодаря своей высокой калорийности дают возможность уменьшить объем пищи. Жиры подразделяются на животные и растительные. Наиболее ценен жир, содержащийся в молоке, сметане, сыре, твороге и животном масле. Жир этих продуктов легко усваивается и содержит ряд необходимых витаминов (А и Д). Средняя суточная потребность взрослого человека в жирах

составляет 60—154 г, из них 20—25 г жиры растительного происхождения, которые должны быть представлены в каждом суточном рационе.

Углеводы. Суточная потребность в углеводах здоровых людей молодого и среднего возраста составляют 257—586 г, пожилых — 242—280 г. Углеводы нужны организму не только как энергоносители (при окислении 1 г в организме выделяется 4,0 ккал.), но и для нормального обмена белков и жиров. В комплексе с белками углеводы образуют гормоны, ферменты, секреты желез, выделяющих слюну, слезы и другие вещества.

Принципы составления диет, их краткая характеристика

Лечебное питание является обязательной и неотъемлемой частью современного комплексного лечения больных. Оказывая всестороннее влияние на обмен веществ и общее состояние организма, оно при ряде заболеваний может играть решающую роль в комплексе лечебно-профилактических мероприятий или создавать благоприятный фон для применения любых других средств и методов лечения. Работа по обеспечению лечебного питания опирается на представления о причинах, механизмах и формах течения различных заболеваний, особенностях пищеварения и обмена веществ у здорового и больного человека. Лечебное питание повышает устойчивость организма к болезнетворным микробам и другим нежелательным факторам воздействия на организм больного, благотворно влияет на нервную систему, улучшает общее самочувствие и моральное состояние больного.

Когда мы говорим о питании больного человека, то употребляем термины «лечебное» или «диетическое питание». Очевидно, что в этом случае необходим специальный, а не стандартный, как для здорового человека, подбор продуктов и, разумеется, специальный способ их кулинарной обработки.

Значение питания для больного человека трудно переоценить. Количество, качество, время приема пищи должно быть «привязано» к возрасту, характеру труда и быта больного человека. Многие годы в больницах используют-

ся целебные режимы питания людей, страдающих различными заболеваниями. Подлинно творческое решение получили варианты лечебного питания путем непосредственного введения соответствующих препаратов в русло крови.

Нельзя обойти молчанием тот факт, что параллельно с научно обоснованными рекомендациями по питанию больных и здоровых людей в настоящее время получают распространение всевозможные «системы питания» по коррекции массы тела, и системы «всеисцеляющих голоданий», «раздельного питания», «сыроедения» и т. д. Медицинской сестре с высшим образованием, врачам, населению следует осознать всю опасность этих «модных поветрий». Нам неоднократно приходилось не только советовать нашему российскому обывателю прекратить следовать системе, например, йогов, но и прямо лечить таких людей в клинике, современными методами научной медицины, в прямом смысле вырывать некоторых людей из лап буквально губительного для них «алиментарного шока», какексии, а затем беседовать с ними об основах, элементах медицинской культуры питания и приема пищи.

Особое значение имеет знание лечебных диет, технологии приготовления диетических блюд и организационных вопросов диетологии. В основу лечебного питания положены три главных принципа:

- оно должно являться обязательным элементом современного комплексного лечения больных;
- строиться по принципу патогенетической терапии;
- основным фактором, определяющим влияние пищи на организм, должен быть ее химический состав.

Все лечебные диеты можно разделить на **неспецифические и специальные лечебные диеты**. Первые характеризуются оптимальными для здорового человека соотношениями пищевых веществ и, следовательно, создают лишь благоприятный фон для патогенетической терапии. Вторые характеризуются необычными для пищи здорового человека соотношениями пищевых веществ с целью устранения нарушений обмена, характерных для данного заболевания. Следовательно, лечебное питание должно основываться на точном знании характера и степени нарушений обмена веществ у больного.

В больницах, санаториях и диетических столовых применяют разработанную в Институте питания АМН страны

систему диет, используемую при комплексном лечении заболеваний терапевтического, хирургического профиля. Каждая диета имеет характеристику, включающую:

- обеспечение физиологических потребностей больного человека в пищевых веществах и энергии;
- учет биохимических и физиологических закономерностей, определяющих усвоение пищи больным человеком;
- учет местных и общих воздействий пищи на организм;
- использование в питании методов щажения, тренировки, разгрузки и контрастных дней;
- соответствие медицинским показаниям химического состава, калорийности, набора продуктов, их кулинарной обработки местным и индивидуальным особенностям человека, режима питания;
- разнообразие питания за счет ассортимента блюд в каждом приеме пищи, исходя из семидневной нормы продуктов по определенной диете;
- перечень допустимых и противопоказанных продуктов и блюд, и некоторые способы их приготовления;
- соответствие денежным нормам расхода на питание, принятым в стране.

Все диеты получили нумерацию в зависимости от характера заболевания. В настоящее время, исходя из предназначения диет, их насчитывается более 30.

Каждая диета включает:

- показания к назначению;
- цель назначения;
- общую характеристику — главные особенности химического состава, продуктового набора и кулинарной обработки;
- химический состав и энергетическую ценность;
- режим питания;
- перечень допустимых и противопоказанных продуктов и блюд, основные способы их приготовления.

При назначении диеты надо принимать во внимание климатические условия, местные и национальные традиции в питании, личные безвредные привычки или непереносимость отдельных видов пищи, состояние жевательного аппарата, особенности труда и быта, материальные возможности для использования некоторых продуктов.

Лечебное питание невозможно без активного участия больного в выполнении диетических предписаний, без его

убежденности в значении диеты и без разумного подчинения ей. В связи с этим необходимы постоянная разъяснительная работа о роли питания в комплексе лечебных мероприятий, а также рекомендации по составу диет, методам кулинарной обработки. При учете пожеланий больного следует помнить, что его вкусы и желания в данный момент не могут быть ведущими в построении лечебного питания. При назначении диеты учитывают научно обоснованные медицинские показания.

Характеристики диет в сочетании с нормами питания служат основой при составлении планового семидневного меню. Как правило, в лечебно-профилактических учреждениях — летне-осенний и зимне-весенний варианты меню. Составленное меню проверяется в течение 2–3 месяцев, после чего в него вносятся поправки. Все диеты могут быть сгруппированы по показателям их лечебного предназначения, с учетом действия на организм основных химических элементов рациона, а также его калорийности и физических свойств, запаха и вкуса. Конкретное построение диеты обеспечивается ассортиментом продуктов и соответствующей их кулинарной обработкой. Особое внимание должно уделяться содержанию белка, а также углеводов, жиров, витаминов, минеральных веществ.

Рекомендованная литература

1. «Витамины». Под. ред. М. И. Смирнова, — М., Медицина, 1974.
2. В. И. Воробьев. «Организация диетотерапии в лечебно-профилактических учреждениях», — М., Медицина, 1983.
3. М. Гурвич. «Все о диете», — М., «Колос», 1996.
4. И. И. Зиниц. «Здоровье и диета», — Пермь, «Алгос-Пресс», 1995.
5. «Салернский кодекс здоровья», — М., Медицина, 1970.
6. Сборник нормативно-методических документов по санитарно-противоэпидемическому режиму в лечебно-профилактических учреждениях, том I и II, — М., «Агар», 1996.
7. Б. Л. Смолянский. «Руководство по лечебному питанию для диетсестер», — Л., Медицина, 1977.
8. Справочник главной (старшей) медицинской сестры. — М., «Агар», 1996.
9. Справочник по диетологии. Под. ред. А. А. Покровского, — М., Медицина, 1992.

Психология больного и его реакция на болезнь

Медицинский менеджер, являясь организатором и координатором деятельности лечебного учреждения, постоянно общается с людьми. Это и врачи, и сестры, и младший медицинский персонал, и больные, — каждый из них имеет собственные представления о жизни, медицине, других людях, своем назначении в обществе. Поэтому без знания психологии — науки о закономерностях развития и функционирования психики — руководитель любого уровня просто не справится с управлением коллективом.

Медицинская психология является отраслью психологии, изучающей психологические аспекты гигиены, профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации больных. В широком смысле предмет ее изучения — весь диапазон благотворных или пагубных влияний многообразно меняющейся личности и межличностных отношений на здоровье и болезнь. Иначе говоря, она призвана решать все психологические проблемы, возникающие в медицине.

Благодаря мощному распространению влияния психологии на медицину формируется новый подход к терапии: «искушение лечить тело» сменяет осмысленный психологический подход к больному с позиций социальной структуры общества, в котором находится заболевший человек, с учетом его «сетевых связей» с другими людьми, исследованием всего «поля психологического влияния» на больного.

Болезнь не исчерпывается страданием больного органа (физического тела) пациента. Основные характеристики болезни касаются всех социальных основ его жизни. Во-первых, в результате заболевания больной оказывается вне круга привычных социальных связей (семьи, профессионального коллектива, привычного круга друзей). С ним происходит то, что психологи называют «потерей сетевой линии общения». Эта потеря сопровождается развитием

особого эмоционального состояния — «фрустрацией». «Фрустрация» — психическое состояние человека, вызываемое объективно непреодолимыми (или воспринимаемыми как таковые) трудностями, связанными с переживанием неудачи.

Личность, неустойчивая к «фрустрации» (а болезнь является мощным фрустрирующим фактором), находясь в ситуации «фрустрации», испытывает серьезное эмоциональное потрясение. Больные часто жалуются на чувство собственной малоценности, одиночества и ненужности. Поэтому первоочередная задача психологической помощи пациенту, уже при первом общении с ним, вернуть чувство уверенности в себе, утраченную веру в выздоровление, восстановить потерянную связь с другими, дать пациенту необходимую психологическую силу, которую он утратил.

Однако до встречи со специалистом, прежде, чем пациент будет госпитализирован в лечебное учреждение, он должен принять себя в новом качестве «больного», «созреть» для роли больного. Для чего ему нужен определенный латентный период, который получил название «вход в болезнь». Болезнь, по мнению Лериша, может быть определена с трех различных позиций:

— как некое состояние организма — изменение физического состояния тела;

— как интерпретация специалиста — клинический диагноз;

— как точка зрения пациента — полнота осознания им болезни: от эмоциональной реакции до самостоятельной концепции.

Осознание болезни проявляется в чувстве душевной слабости, беспомощности и страдания, и главное — в беспокоестве по поводу дальнейшего развития событий. **Болезнь в сознании пациента всегда сопряжена с болью.** В связи со сказанным диагноз и прогноз болезни принимают в сознании пациента два противоположных смысла: с одной стороны, диагноз — это опасность подтверждения своих *наихудших опасений*, с другой — *надежда на медицинскую помощь и выздоровление.* Эти две противоположные тенденции являются основой внутреннего конфликта больного, согласно внутреннему психологическому разрешению которого пациент согласится или откажется «войти в болезнь», то есть обратится за медицинской помощью или нет.

Психологический феномен **сопротивления** пациента болезни выражается либо в полном отказе от обращения за медицинской помощью, либо во внезапном прекращении уже начатого курса лечения. Медицинская сестра должна знать, что психологическая мотивация **сопротивления** болезни может быть рассмотрена с трех принципиально возможных точек зрения.

1. **Как сопротивление слабости.** Принятие болезни есть с некой точки зрения поиск легкого пути. Сопротивление же болезни — это демонстрация моральной силы («силы воли»). **Больной — стоик**, если рассмотреть его психобиографию, окажется выходящим из «спартанской» среды, в его микрокультуре превалирует определенная система ценностей, культивирующая физическую и моральную силу, презирующая слабость и нытье. Сопротивление болезни в этой среде расценивается подобно сопротивлению боли и физической усталости. Не меньшее сопротивление болезни оказывают лица, имеющие высокий социальный статус. Чем более важный и ответственный пост занимает человек, чем больше людей имеет он в своем подчинении, тем более стойким является его сопротивление болезни.

2. **Сопротивление вследствие вытеснения.** Этот механизм сопротивления сопровождается излишним оптимизмом пациента. Некоторые субъекты считают, что «чем меньше болелешь, тем быстрее поправишься». Такой тип поведения в болезни психоаналитическая школа интерпретирует как регрессивный механизм отрицания, снимающий тревогу. В основе его лежит вытеснение нежелательного знания (механизм вытеснения) и дополнительно здесь участвует механизм «обращения» тревоги в экзальтированную эйфорию. Этот механизм защиты описан у тяжелых, часто incurabельных больных. В своем более мягком выражении он принимает характер «минимизации» болезни. Такие больные на расспросы о здоровье дают ответы типа «до свадьбы заживет».

3. **Сопротивление, обусловленное страхом перед диагностическими процедурами и лечением.** Отдавая отчет в происходящем, больные отказываются от лечения, так как испытывают панический ужас перед бормашиной, шприцами, медицинским инструментарием. Принятие болезни для них означает подчинение авторитету медицинского работника, выполнение различных болезненных манипуляций.

Среди мотивов сопротивления болезни можно назвать также весьма значимый в последнее время страх перед экономическими издержками, связанными с покупкой дорогостоящих лекарств, частичной оплатой медицинских услуг.

Как видим, психологическое состояние больного, находящегося на **«входе в болезнь»**, обусловлено целым рядом воздействующих на него психологических факторов, большинство из которых имеют **«отрицательную валентность»**. Основные из них:

- страх диагностики и лечения;
- изменение физического самочувствия и болевые ощущения;
- страх смерти или осложнений, связанных с заболеванием;
- экономические трудности, особенно значимые для пациентов, являющихся кормильцем семьи.

Госпитализация также сопровождается отрицательными воздействиями на пациента, некоторые из них связаны с отсутствием надлежащего климата психологического комфорта в лечебном учреждении, незнанием медицинским персоналом психологических основ болезни. В таком учреждении пациент часто сталкивается с потерей собственной значимости: «кто я здесь такой, никому нет до меня дела». Образно говоря, больной ощущает себя иголкой в стоге сена: вокруг кипит профессиональная жизнь различных служб и функциональных подразделений, медицинский персонал держится высокомерно и неприступно, к нему адресуются безличным обращением **«больной»**, и он начинает переосмысливать собственную значимость. Снижение самооценки, переживаемое больным, называется **«простудой Эго»** (**«Эго»** — психоаналитический термин, идентичный понятию **«Я»** в отечественной литературе).

Следующая проблема, переживаемая больным, — это **потеря контроля над ситуацией**: больной чувствует себя жертвой обстоятельств, он не хозяин собственной жизни, он утратил радость бытия и физического комфорта. Изменение эмоционального состояния, **«снижение качества жизни»** у некоторых пациентов может дойти до тоски и отчаяния, депрессии — на языке психопатологии. Причем пациент часто склонен винить себя в происшедшем: **«что я сделал, чем заслужил эту болезнь?»**. Для обозначения этого психологического феномена существует понятие **«соб-**

ственная вина в болезни». Как видно из сказанного, пациент в связи с заболеванием испытывает сложные психологические переживания: это и потеря собственной значимости, и потеря контроля за событиями своей жизни, и потеря понимания причины происходящего.

Очень часто в подобных обстоятельствах на помощь пациенту приходят **механизмы психической защиты**. Это способы защиты своей личности (своего «Я») путем бессознательного, то есть нецеленаправленного и произвольного исследования, имеющегося у каждого арсенала специальных психических средств, в первую очередь воображения. Например, мечты, фантазии могут так изменить восприятие ситуации, что удовольствие, получаемое от воображения, возобладает над объективным неудовольствием. «Я» способно преодолеть значительное количество объективного неудовольствия при помощи фантазии. Особенно эффективен этот механизм защиты у детей, он получил название «заместительное фантазирование». Еще один механизм защиты «Я» от разрушающего знания получил название «трансформация эффекта», например, в агрессию. Ведущий механизм защиты «Я» от разрушающего знания называется «вытеснение». Этот механизм защиты считают основным, наиболее эффективно используемым для защиты сознания от влечений и инстинктов, удовлетворение которых табуировано (от слова «табу» — запрет) социальным развитием общества. Механизмы защит подробно описаны З. Фрейдом и его последователями, представителями психоаналитической школы, в первую очередь А. Фрейд — дочерью великого психоаналитика. «Техника привычных защит, часто употребляемых субъектом, считает З. Фрейд, входит в структуру личности, определяет стиль ее поведения».

Во взаимоотношениях пациента с медицинским персоналом большое место принадлежит механизму переноса — «**трансферу**». Под трансфером понимают перенос на личность медицинского работника сформированных у пациента отношений с другим «значимым лицом», в первую очередь перенос касается детско-родительских отношений. В результате переноса у пациента оживляется целая серия психологических переживаний, но не как переживаний, относящихся к прошлому, а как переживаний настоящего момента, связанных с личностью медицинского работни-

ка, участвующего в процессе лечения. З. Фрейд отмечает, что перенос не всегда является помехой для лечения, напротив, он может сыграть решающую роль, вызвать веру в успех лечения, то есть перенос может быть использован как психотерапевтический фактор. Еще один из механизмов защиты «Я» получил название «идентификация с агрессором» через уподобление объекту, субъективно воспринимаемому как угрожающий.

Разные механизмы защиты используют люди, пытаются справиться с тяжелой психологической ситуацией, и к разным психологическим типам относятся люди, безлично обозначаемые в медицинской среде термином «больной». Поэтому психологический подход к повседневной работе медицинской сестры по уходу за больными людьми требует специальных знаний по психологии личности, опираясь на которые мы можем провести классификацию (отнесение) характера и поведения больного к определенному типу.

В клинической психологии существуют различные классификации типов больных. В медицинской среде распространенной является клиническая классификация:

— **тревожный, вечно волнующийся больной.** Стиль поведения этих больных отличается повышенной тревожностью. Принято различать **ситуативную тревогу**, связанную с конкретной ситуацией. Например, тревога перед экзаменами, любым жизненно важным событием. И так называемую **личностную тревогу**, являющуюся свойством личности. Очень часто тревожные больные представляют собой **тревожный тип личности**. В обращении с медицинскими сестрами они отличаются робостью, покорностью, неуверенностью в себе. Их чрезмерная пугливость часто выражается в так называемой **соматизации страха**: у них легко возникают различные вегето-сосудистые реакции при проведении диагностических и лечебных процедур. С ними необходимо провести подготовительную психокоррекцию, иногда обратившись к помощи специалиста — медицинского психолога;

— **подозрительный больной.** Стиль поведения этих больных отличается угрюмой настороженностью и подозрительностью по отношению к медицинскому персоналу и лечению в целом. Если выясняется, что таким же образом эти люди ведут себя и в обыденной жизни, вполне возможно, что речь идет о так называемой «паранойяльной

акцентуации характера» или психопатии. Ответить на вопрос, что скрывается за фасадом недоверия к медицинскому персоналу, также должен специалист в области медицинской психологии. В любом случае, прежде чем начинать лечение, необходимо преодолеть барьер недоверия и отчужденности больного;

— **демонстративный больной.** Этот больной пытается произвести впечатление на окружающих, испытывает постоянную потребность в признании, в том числе и в «Признании в болезни». Он упивается своими страданиями, испытывает «невыносимые мучения» и старается привлечь к себе повышенное внимание. О его пребывании в лечебном учреждении знает весь персонал. Демонстративный характер поведения такого больного, преувеличенное описание своих жалоб, самовосхваление могут вызвать негативное отношение к нему окружающих, желание доказать, что он «далеко не умирающий». Однако при психологической работе с этим контингентом лиц не стоит «разоблачать» их, лучше апеллировать к «героизму» и стойкости их характера. Пусть пациент получит от вас требуемую долю признания;

— **депрессивный больной.** Такой больной подавлен, изолирован от окружающих, отказывается от разговора с другими пациентами и персоналом, плохо раскрывает свой внутренний мир. Он настроен крайне пессимистично, так как потерял веру в успех лечения и выздоровление. С этим типом поведения вы можете встретиться у тяжело и неизлечимо больных. Однако депрессивное поведение может быть обусловлено и другими причинами, лежащими вне круга физического заболевания. В работе с такими больными обязательное участие принимает медицинский психолог, но это не значит, что сестринский персонал не может помочь такому больному. Факторы психологического воздействия всех медицинских работников: сестер, младшего медицинского персонала, помощников по социальной и реабилитационной работе — являются очень значимыми, даже если внешне это не проявляется в реакциях больного. Оптимизм медицинского персонала, вера в выздоровление пациента имеют для него большое значение. Очень полезными являются пробуждение активности больного, привлечение его к уходу за другими больными, выполнению несложных поручений;

— **ипохондрический больной.** Этот больной чрезмерно внимателен к своему здоровью, интересуется анализами всех лабораторных исследований, необоснованно предполагает у себя наличие самых разных заболеваний, читает специальную литературу. Следует помнить, что ипохондрия — понятие собирательное. **Ипохондрическая реакция**, как чрезмерная озабоченность своим здоровьем, не всегда обусловлена соматическим заболеванием, ипохондрический синдром может быть и невротической этиологии. В этом случае физические жалобы являются «конверсионным» (обращенным) симптомом невроза и не имеют органической основы, выражая «страдания души на языке органа». Существует понятие и **ятрогенной ипохондии**, то есть обусловленной медицинской суггестией. Когда больной превратно истолковывает сказанное персоналом или медицинский работник действительно был неосторожен, говоря с тревожным больным о тяжелом прогнозе его заболевания и вызывая при этом нездоровую фиксацию внимания больного на своих телесных ощущениях, усиливая страх Потери здоровья.

Психологические аспекты профессиональной деятельности медицинского работника

При поступлении пациента в лечебное учреждение медицинский работник обязан проявить к пациенту помимо чисто профессионального интереса еще и человеческое внимание. Познакомить его со структурой отделения, объяснить правила лечебного режима, дать всю необходимую информацию. О профессионально высоком качестве работы лечебного учреждения свидетельствует не только чистота полов и тишина в палатах, а атмосфера дружелюбия, человеческая заинтересованность персонала в каждом больном, отсутствие напряженности во взаимоотношениях между членами медицинского коллектива. Палатное размещение больных часто создает дополнительную проблему. Если больной должен быть размещен в многоместной палате, то медицинская сестра обязана представить его находящимся там больным, выяснить его желание в отношении предпочтительного соседства, поскольку в палате создается особый коллектив. Он может быть гармонич-

ным, а может характеризоваться напряженностью отношений — эротогенной (неблагоприятным влиянием пациентов друг на друга). В последнем случае к группировке больных должен быть привлечен медицинский психолог. Для выздоравливающих больных, не нуждающихся в постельном режиме, в отделении должна быть предусмотрена организация досуга: прогулки, библиотека, комната отдыха и психотерапевтический кабинет. Если, несмотря на соблюдение в отделении всех правил «психологической безопасности», пациент проявляет эмоциональное напряжение, страх, тревогу, депрессию, необходимо сразу к работе с ним подключить медицинского психолога. Его визит к пациенту желательно проводить в специальном кабинете, в палате больной будет испытывать смущение и не даст всех необходимых сведений о себе.

Умение слушать — обязательное условие профессионального общения с больным. Последствия неумения слушать многообразны: это недовольство пациента врачом и медицинской сестрой, усиление его эмоциональной нестабильности, которая может трансформироваться в открытую, явную или смещенную (на других) агрессию. Пациент, которого не выслушали, возможно не будет следовать медицинским указаниям. Кроме того, в дальнейшем при общении с таким пациентом медицинский работник будет испытывать тревогу и фрустрацию вследствие того, что больной будет эмоционально отвергать любой медицинский персонал, а это, в свою очередь, приведет к напряжению потребности медицинского работника в признании, отразится на его профессиональной самооценке.

Навыки слушания просты и эффективны. Иногда достаточно просто молча посидеть рядом с пациентом. Хороший слушатель слушает «всем телом». Иногда очень важно просто посмотреть в глаза пациенту. Существует навык **вербального присоединения**, заключающийся в перефразировании сказанного другим человеком. **Эмпатическое присоединение** — это интуитивная способность к сопереживанию или рациональное умение разделить с пациентом и пережить вместе с ним его эмоцию: «Я понимаю Ваш гнев, на Вашем месте я бы также разозлился». Умение суммировать — это формулировка резюме, когда в двух-трех предложениях суммируются наиболее важные мысли, высказанные пациентом в беседе. Нужно также уметь за-

давать «открытые» вопросы, на которые невозможно ответить односложным «да» или «нет».

Невербальные навыки слушания также полезны при работе с больным. Здесь важна поза, понимающий жест, психологическая дистанция. В любом случае при работе с больными следует избегать авторитарной коммуникации, тенденции, навязать пациенту свою точку зрения, результатом такой коммуникации являются углубляющиеся непонимание и сопротивление больного.

Искусство общения требует адекватной самооценки собственного поведения. Немногие медицинские работники могут похвалиться знанием того, как они воспринимаются больными, другими членами коллектива. Многие сестры могут прекрасно оценивать свои профессиональные медицинские знания, технические навыки выполнения различных манипуляций, однако немногие обладают адекватным знанием собственной личности и могут сказать, каков психологический стиль их работы с больными, лекарство или яд для больного они сами.

Для развития способности к коммуникации с больным и психотерапевтического подхода к нему любому медицинскому работнику необходимо иметь сведения о своем профессиональном типе поведения. Эти знания можно получить в группах личностного роста, специальных тренингах поведения. Посещая тренинговую группу, медицинский работник осознает и прорабатывает собственную психологическую проблематику, обучается коррекции неадаптивных форм своего поведения. Руководители сестринских служб и подразделений лечебных учреждений должны увидеть необходимость создания такой группы для персонала, чтобы коллектив встал на путь самосовершенствования и развития. Помочь увидеть себя «глазами пациента», разобраться в особенностях своих коммуникативных возможностей дает краткий обзор деятельности сестер, приводимый И. Харди (1973).

Сестра-рутинер (робот). Для ее деятельности самым характерным является механическое выполнение своих обязанностей. Эти сестры тщательны, скупуплезны, хорошо технически квалифицированы, аккуратно выполняют все поручения врача. Однако, действуя строго по инструкции, они не вкладывают в свою работу психологического содержания, такие сестры работают подобно автомату, паци-

епт воспринимается ими как необходимое приложение к инструкции по его обслуживанию. Их взаимоотношения с больными лишены эмоционального сочувствия и сопереживания. Они делают все, упуская из вида одно — самого больного. Именно такая сестра способна разбудить спящего больного, чтобы в назначенное время дать ему снотворное.

Сестра-гренадер. Этот тип сестры хорошо представлен в популярных кинокомедиях. Больные уже издали по походке или зычному голосу узнают ее, побыстрее стараясь привести в порядок свои тумбочки и кровати. Эта сестра решительна, бескомпромиссна, настойчива, мгновенно реагирует на малейшее нарушение «дисциплины». При недостатке культуры, образования, невысоком уровне интеллектуального развития такая негибкая «волевая» сестра может быть груба и даже агрессивна с больными. В благоприятных случаях, если она умна, образована, сестра с таким решительным характером может стать хорошим воспитателем молодых коллег.

Сестра материнского типа («мать» и «сестричка»). Она переносит на работу с больными свои теплые семейные отношения или компенсирует в работе отсутствие таковых. Работа с больными, забота о них для нее неотъемлемое условие жизни. Она в высокой степени обладает эмпатией, способностью к сопереживанию.

Сестра-эксперт. Это сестра — узкий специалист. Благодаря высокой потребности в профессиональном признании проявляет особую любознательность в определенной сфере профессиональной деятельности и гордится своей значимостью в своей области, где иногда даже «затмевает» врача. Часто это квалифицированные сестры рентгенологической или клинической лаборатории, физиотерапевтического кабинета. За профессиональным советом к ним не стесняются обращаться молодые врачи. Иногда люди этого типа становятся фанатами своей узкой деятельности, исключая все другие интересы из своего поля зрения, ничем не интересуясь, кроме работы.

«Нервная сестра». Этот тип непрофессионального поведения сестры не должен встречаться в лечебном учреждении и свидетельствует о некачественном профессиональном отборе кадров, об отряхах в работе администрации. Эмоционально неустойчивая, вспыльчивая, раздражительная, она постоянно дает невротические реакции, склонна

к обсуждению личных проблем и может явиться серьезной помехой в работе медицинского учреждения. «Нервная сестра» — это либо патологическая личность, либо человек, страдающий неврозом. Такие люди часто сами нуждаются в серьезной психотерапевтической или психокоррекционной помощи и являются профессионально непригодными для работы с больными.

Сестра, играющая заученную роль. Этот человек еще не сформировал профессиональную идентичность. Ее поведение отличается неестественностью, наигранностью. Она как бы исполняет заученную роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Неестественность в общении мешает ей установить контакты с людьми, поэтому такая сестра должна сама пройти курс коррекции неадаптивной формы своего профессионального поведения, четко определить свои профессиональные цели, выработать адекватный стиль общения с пациентом.

Социальная психология

Кроме медицинской психологии сестра-руководитель должна знать психологию управления и межличностных отношений, владеть навыками эффективной коммуникации, разбираться в вопросах конфликтологии. Все эти вопросы являются предметом изучения специальной дисциплины — **социальной психологии**, изучающей жизнь человека в обществе, закономерности поведения и деятельности людей, обусловленные фактом их включения в социальные группы.

В **малой группе** все участники находятся в непосредственном личном контакте и общаются друг с другом «лицом к лицу». Минимальный объем группы — это классический треугольник, а максимальный — определяется спецификой общей деятельности. **Социометрическая структура малой группы** — иерархия социальных позиций ее членов. Совокупность соподчиненных позиций членов группы в системе внутригрупповых межличностных предпочтений. Иначе говоря, это система внутригрупповых предпочтений и утверждений, симпатий и антипатий между членами группы. Свое название социометрическая структура получила по методу психологической диагностики.

Важной характеристикой в этой структуре являются **социометрические статусы** членов группы. В соответствии с результатами социометрии статус рассматривается как сумма отвержений и предпочтений, получаемых членами группы. Статусная иерархия выделяет: «звезды» (наиболее предпочитаемых членов группы), среднестатусных членов группы, изолированных (у них отсутствует как «+», так и «-» выбор), пренебрегаемых (имеющих большое количество отрицательных выборов и малое количество предпочтений), отверженных (имеющих только отрицательные выборы).

Наряду с величиной социометрического статуса учитывается **вторая характеристика** — **взаимность эмоциональных предпочтений членов группы** (считается, что лучше иметь в группе одно взаимное предпочтение, чем несколько несовпадающих выборов, приводящих к межличностным конфликтам: «нас выбирают, мы выбираем, как это часто не совпадает»).

Третья характеристика — это **наличие — отсутствие подгрупп**, образованных за счет объединения взаимных межличностных предпочтений. Важно проанализировать не само наличие таких групп, но выяснить, по какому принципу они построены. Для анализа группы имеет значение и то, на какие группы ориентированы отверженные и изолированные члены, как строятся в этих группах люди с различными статусами.

Четвертая характеристика структуры — **система отвержений в группе**. Например, в группе может быть один, отвергаемый всеми («козел отпущения», аутсайдер), или наоборот, почти у всех членов группы есть отвержения, но ни у кого они значительно не преобладают над предпочтениями.

Важно подчеркнуть, что социометрический статус — величина довольно устойчивая, имеющая тенденцию сохраняться. Часто «социометрический статус» переходит вместе с человеком в другую группу за счет того, что человек привык исполнять роль, приписываемую ему статусным положением (кстати, даже корова, сменившая стадо, похоже, сразу же определяет, выше или ниже она рангом своей соседки). Поэтому, хотя социометрический статус категория групповая и вне группы не существует, человек, имевший определенный статус при приеме группы, продолжает преопределенную ему этим статусом роль, ее могут выда-

вать бессознательные, неконтролируемые индивидом, элементы его поведения.

Члены новой группы улавливают, воспринимают через средства невербальной коммуникации — позу, мимику, жесты, интонацию — предполагаемый им образ и начинают «подыгрывать» новичку. Поэтому перевод из группы в группу, из одного лечебного отделения в другое никоим образом не решит проблему трудностей межличностного общения, здесь необходима психологическая коррекция, например, обучение новым формам поведения, повышение уровня самооценки и т. д.

Итак, статус — величина, стремящаяся к устойчивости. Вместе с тем, с точки зрения развития личности, человек должен менять свой статус. О целесообразности смены статуса «аутсайдера» дискуссии нет, но это же, как ни парадоксально звучит, относится и к «звездам», постоянное хождение в «любимчиках» делает человека уязвимым, беззащитным перед неминуемыми изменениями, он растет как бы социально слепым.

Как можно помочь обеспечить положительную динамику статуса отвергаемому члену коллектива:

- установить причину отвержения;
- создать новые формы деятельности для реализации скрытых возможностей;
- повысить самооценку этого человека;
- помочь ему стать членом психокоррекционной группы.

Психология управления

Коммуникативная структура группы — это совокупность позиций членов группы в системе информационного обмена, осуществляемого группой. Человека, являющегося центром группы, нередко называют коммуникативным лидером, т. е. его возможности близки лидерским.

При анализе информационных групповых связей пользуются понятием «коммуникативная сеть». Выделяют два типа коммуникативных сетей: централизованную и децентрализованную. При первом типе вся информация сосредоточена в руках у одного из членов группы, при втором типе имеет место «коммуникативное равенство», когда каждый член имеет равную с остальными возможность принимать и передавать информацию.

Структура власти в малых группах проявляется в психологических феноменах **лидерства и руководства**, которые не синонимичны. Оба феномена являются проявлением влияния одного из членов группы на других, однако имеют различную природу. **Лидерство** подразумевает спонтанно возникающее внутри группы влияние одного члена на других. **Руководство** — это формальная власть, возложенная на конкретное лицо, юридически с соблюдением определенной процедуры «введение во власть».

Лидер, выдвигаемый группой, как бы отражает систему предпочитаемых ею ценностей и целей. Эти ценности становятся референтными. Лидера порождают не только его индивидуально-личностные качества (которые, безусловно, тоже весьма значимы), но и структура взаимоотношений в данной конкретной группе, ее система связей, ценностей и эталонов. Следовательно, лидер как бы олицетворяет систему предпочитаемых ценностей группы и имеет право на влияние и оценку, но он же и платит за тяжелое бремя власти.

Различают два основных вида лидерства:

— **инструментальное**, подчиненное выполнению группой ее целевых функций, ориентировано на целевую задачу, на результат деятельности группы;

— **экспрессивное**, ориентированное на поддержание группы как целого, обеспечение позитивного внутреннего микроклимата, на ее дальнейшее развитие и сплоченность.

По второму принципу строятся психотерапевтические группы, по первому — производственные.

При инструментальном типе лидерства лидер может находиться в оппозиции к членам группы, т. к. ориентирован не на удовлетворение их потребностей, а на прибыль, эффективность производства. Экспрессивный лидер может сохранять микроклимат во вред основной деятельности группы, улучшать взаимоотношения с членами группы в ущерб делу.

В каждом из указанных видов лидерства выделяют подвиды (на основе более глубокой дифференциации лидерских ролей). Так, внутри первого вида лидерства выделяют лидера-организатора, лидера-инициатора, лидера-мастера, лидера-эрудита и т. д. Среди второго: лидера-генератора эмоционального настроения, лидера эмоционального притяжения, лидера-манипулятора и др.

Как уже было сказано, руководство, в отличие от лидерства, управление на правовой основе. Поэтому лидерство представляет психологическую характеристику поведения, а руководство является социальной характеристикой отношений. Существует точка зрения, что идеальный руководитель должен совмещать в одном лице руководителя и лидера. Оставив дискуссию по этому вопросу, укажем на психологические факторы, определяющие меру авторитетности руководителя:

- организационный и мотивационный потенциал его личности, способность лидировать в качестве лидера-организатора и лидера-мотиватора;

- ценностная привлекательность — имеется в виду система ценностей лидера, которую готовы разделить другие;

- стиль управления — наиболее предпочитаемым в настоящее время считается «гибкий стиль» управления, хорошо сочетающий в себе различные методы и элементы разных стилей в зависимости от ситуации.

Среди стилей лидерства и типов управления группой выделяют директивную — авторитарную модель, когда имеет место единоначалие, все связи проходят только через руководителя, но он же несет всю полноту ответственности в случае неудачи деятельности. При демократическом стиле лидерства — руководитель заботится об одновременном развитии и деловых, и личных отношений, принимает окончательное решение, опираясь на мнение коллектива, частично делегирует членам группы свои властные полномочия. При либеральном — попустительском руководстве часть прав руководителя спонтанно переходит к другим членам группы, работа строится по принципу «как решит большинство», руководитель берет часть обязанностей членов группы, лишаясь своих прав.

В целях оптимизации будущей деятельности менеджеру необходимо вырабатывать гибкий тип руководства коллективом, опирающийся, в зависимости от ситуации, на сильные стороны каждого из перечисленных типов, а управление группой должно включать следующие основные моменты:

- целеполагание, выработка ближних и дальних целей деятельности группы;

- информирование — предполагает надлежащим образом налаженную систему информации с обязательным установлением «обратной связи»;

— принятие решений — основывается на выработке внутригруппового мнения по наиболее важным вопросам деятельности группы;

— успешная реализация деятельности и контроль за ее выполнением.

Уровень социального и психологического развития группы принято оценивать, исходя из трех критериев:

— успешность (эффективность) целевой деятельности группы;

— характер межличностных отношений в группе;

— развитие членов группы как высоко развитых личностей (имеющих систему мировоззрения, высокое самосознание, достигших уровня самодостаточности, полностью реализующих свои созидательные возможности).

Межличностные отношения, сложившиеся в группе, могут стать мощным фактором внутригруппового развития, стимулировать личность на достижение новых целей. Такая группа становится коллективом и имеет позитивную динамику развития. Однако, прежде чем стать коллективом, благополучно развивающаяся группа может иметь негативные воздействия на своих членов. Прежде всего это объясняется неумением людей правильно строить общение, хотя всем известно, что успех в обществе зависит от умения правильно вести себя и общаться друг с другом.

Общение в социальной психологии определяют как процесс взаимодействия между двумя и большим числом индивидов. Круг социального общения с течением жизни сокращается, выход из одной сферы общения и переход в другую может носить как прогрессивный, так и регрессивный характер. Общение определяют как сложный многоплановый процесс установления контактов между людьми, порождаемый потребностями, в первую очередь, потребностью в совместной деятельности. Общение — это и обмен информацией, и восприятие человека, и понимание его потребностей и забот.

Эволюция коммуникативных связей в обществе была связана с развитием сознания и сопровождалась появлением все более развитых и совершенных форм и средств общения: от развития знаковой и письменной речи до современных средств массовой информации.

Выделяется несколько сторон общения:

— информационно-коммуникативная, заключающаяся в приеме и передаче информации;

— регуляционно-коммуникативная, означающая реципропное воздействие в процессе общения людей друг с другом;

— эффективно-коммуникативная, отвечающая потребности в изменении своего эмоционального состояния.

Потребность в общении, как социальная потребность личности, состоит в стремлении человека к познанию и оценке других людей. Различают **средства общения** — то, с помощью чего осуществляется действие общения. Это **вербальные** (язык и речь) и **невербальные средства общения**. К последним относится кинесика (язык телодвижения), просодика (интонационно-мелодическая экспрессия) и мимика (выразительные движения лица, выражение глаз). Невербальный язык общения является очень значимым, именно он определяет большую часть личностной значимой информации. Владение «чтением» невербальной экспрессии необходимо хорошему коммуникатору.

Различают такие **типы общения**, как **прямое и косвенное**, оно подразумевает использование разных видов связи (масс-медиа).

Среди видов общения выделяют:

— **неформальное общение**, основанное на потребности в эмоциональной связи со значимым другим;

— **формальное, социально-ролевое общение**, регламентированное общественным этикетом.

Как всякий психологический процесс, **процесс коммуникации** подвержен искажениям, затрудняющим взаимопонимание, мешающий развитию нормальных межличностных отношений. В результате неправильного развития межличностных отношений в производственной группе может произойти ее переориентация с решения производственных задач на выяснение межличностных отношений, раскол профессионального коллектива, внутригрупповые конфликты. Вот почему знание психологии, умение организовать правильную коммуникацию являются необходимыми менеджеру в его практической деятельности. Для коррекции ошибок восприятия других людей следует больше внимания уделять невербальному поведению партнера — мимике, позе, интонации, направлению взгляда и т. д. Следует обращать внимание на ошибочные действия партнера, которые могут быть результатом использования им механизмов психической защиты при общении с Вами.

Часто при общении людей действует механизм проекции, который заключается в приписывании другому собственных чувств и представлений, неприемлемых с точки зрения «Сверх-Я». Рационализация состоит в поиске удобных причин, убедительно обосновывающих неприемлемое поведение.

Знание людей – основа руководства. Для практической деятельности менеджера имеет значение способность быстро оценить человека. Профессия менеджера требует:

- способности управлять собой;
- разумных личностных ценностей и направленности на дело;
- ориентации на постоянный личностный рост;
- умения решать проблемы;
- высокой способности влиять на окружающих;
- знания современных управленческих подходов;
- способности руководить;
- умения обучать и развивать подчиненных.

Общий стиль поведения медицинского менеджера включает:

а) инициативность – выступление с конструктивными предложениями при решении производственных и социальных проблем;

б) настойчивость в достижении цели, энергичность – способность постоянно напряженно ставить перед собой и решать все новые и новые задачи;

в) обязательность – умение держать слово, надежность в выполнении данного обещания, точность в выполнении служебного долга;

г) авторитетность – влияние на окружающих, обусловленное их доверием и признанием;

д) самостоятельность – способность принимать решения и брать на себя ответственность;

е) выдержанность – умение ладить с людьми.

Организационные умения медицинского менеджера составляют:

а) опытность в работе – обладание практическими знаниями, профессиональными навыками и умениями;

б) умение обучать работе подчиненных – умение передавать другим производственный опыт, знания, навыки, умения;

в) умение осуществлять взаимодействие с другими подразделениями, координировать деятельность лабораторий, отделов, лечебных подразделений.

Перечисленные нами факторы, конечно, не являются полной профессиограммой медицинского менеджера, но, опираясь на них, можно составить представление о сложности и ответственности выбранного Вами пути.

Рекомендованная литература

1. Андреева Г. М. «Социальная психология». М., 1989 г.
2. Анциферова Л. И. «Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия». Психол. Журнал, 1993 г., т. 14, № 2
3. Бернес Р. «Развитие Я-концепции и воспитание». М., 1986 г.
4. Бодалев А. А. «Личность в общении». М., 1983 г.
5. Боухал М. «Психология в медицине». Прага, 1974 г.
6. Донцов А. И. «Проблемы групповой сплоченности». М., 1979 г.
7. Леонтьев А. А. «Психология общения». Тарту, 1974 г.
8. Немов Р. «Социально-психологический анализ эффективности деятельности коллектива». М., 1984 г.
9. Парыгин Б. Д. «Социально-психологический климат коллектива». М., 1981 г.
10. «Психология развивающейся личности». (Под ред. Петровского А. В. М., 1987 г.)
11. Харди И. «Врач, сестра, больной». Психология работы с больными. Будапешт, 1973 г.

Значительное место в подготовке медицинских сестер с высшим образованием занимает педагогическая подготовка. Блок психолого-педагогических знаний входит в обязательный минимум содержания подготовки по циклу «Общие гуманитарные и социально-экономические дисциплины» всех выпускников высшей школы. Но наряду с этим, квалификационная характеристика специалиста с высшим сестринским образованием прямо предусматривает возможность их чисто педагогической работы в должностях преподавателей сестринского дела в медицинских училищах, колледжах и высших учебных заведениях. Таким образом, педагогическая подготовка студентов факультета ВСО носит не только общегуманный и общекультурный, но прежде всего предметно-профессиональный характер, реально расширяя возможности молодых специалистов для нахождения своего места в жизни нашего общества.

Основы общей педагогики

Предметом общей педагогики как области научного знания является **особая функция общества — формирование личности человека, и прежде всего — подрастающего поколения.** Целью такого формирования является оптимальная подготовка младшего поколения к жизни в обществе. Она ведется в существующих образовательных и воспитательных учреждениях (детские сады, школы, училища, вузы), в семьях, в конкретном социальном окружении на основе имеющихся у индивидов биологических (соматических, психологических) особенностей как врожденного (нередко — наследственного), так и приобретенного характера. Важнейшее значение при этом имеет учет возрастных особенностей развития человека. Психиатры, психотерапевты, социальные психологи уже давно обращают внимание на

рост эмоциональной напряженности, увеличение психических и соматических заболеваний у лиц с несоответствием психофизиологического типа их личности и характера выполняемой ими работы. Психологи и психотерапевты приводят достаточно большое количество наблюдений, показывающих, что у ряда больных, длительное время лечившихся по поводу различных хронических соматических заболеваний, простой переход к видам деятельности, соответствующим их психофизиологическому типу, вызвал значительное улучшение в состоянии здоровья. Таким образом, для людей и для общества чрезвычайно важно, чтобы каждый человек занимал в социуме место в соответствии со своими способностями и возможностями.

Классическая педагогика всегда ставила своими целями подготовку для общества прежде всего квалифицированного участника производственного процесса и конформного члена социума. Эти две задачи полностью сохраняют свое значение и в настоящее время. Но наряду с этим современная педагогика получила и свои собственные задачи. Во-первых, переход от лозунга «образование на всю жизнь» к лозунгу «образование через всю жизнь», то есть к непрерывному образованию. Это вызвано быстрым устареванием знаний; быстрым обновлением производственного парка машин, другой техники, появлением новых производственных и информационных технологий. Все это требует от людей сформированных навыков самообразования и умения учиться, осваивать новые знания, то есть большего развития гностической сферы психики. Во-вторых, социологи практически всех развитых стран отмечают **значительное повышение социальной мобильности населения**. Считается, что современный человек за время своей активной жизни сменит не менее 2–3 видов деятельности. Уже сейчас ежегодно от 10 до 15% населения меняют место работы или ее характер. Социологи предсказывают, что в будущем этот процесс станет еще более выраженным. Это требует от всех людей дальнейшего совершенствования не только узко профессиональных и познавательных, но и развития коммуникативных навыков, умения общаться. В-третьих, **современные общества становятся более открытыми**. Развивается связь, более доступными делаются компьютерные сети. Большое количество людей переезжают из страны в страну на работу, на учебу, на отдых. Возрастают в целом

количество межнациональных и межрасовых браков. Это повышает требования к общегуманитарной, культурной и, особенно, языковой подготовке молодых людей. В-четвертых, **возрастает техническая оснащенность и кадровая поддержка педагогического процесса.** Появляются не просто компьютеры, но средства для создания виртуальной реальности, в рамках которой обучаемые получают определенную свободу действий. Рядом с педагогами в учебных заведениях появились психологи, а нередко — и социологи, которые могут оказать педагогам существенную помощь в воспитании учащихся.

Таким образом, современная педагогика нацеливает преподавателей на больший уровень формирования у молодежи гуманитарных и культурных знаний в сочетании с развитием навыков самообучения и самовоспитания, опираясь при этом на более высокое материально-техническое и кадровое обеспечение учебного процесса.

Как и всякая наука, педагогика имеет свою структуру и свой **понятийный аппарат.** Основными ее разделами являются **теория обучения** (или дидактика) и **теория воспитания.** Понятийный аппарат педагогики включает такие понятия, как «**знание**», «**умение**», «**навык**», «**педагогический процесс**», «**педагогическое общение**», «**учебный план**», «**программа обучения**» и другие. Наиболее важными понятиями педагогики, имеющими характер педагогических категорий, являются: **развитие, воспитание, образование и обучение человека и педагогический процесс.**

Воспитанием в педагогическом смысле этого термина называют процесс формирования взглядов, убеждений, моральных и этических качеств индивида.

Обучением называют целенаправленный процесс взаимодействия преподавателей и обучаемых, в ходе которого обучаемые овладевают определенными теоретическими и практическими знаниями, умениями и навыками.

Образованием называют процесс (и результат) овладения индивидуумом принятой в обществе системой знаний, а также комплексом познавательных знаний и умений.

Развитием человека называют процесс формирования и становления его целостной личности, в котором воспитание, обучение и образование играют роль важнейших формирующих компонентов. Принято различать процессы физического, интеллектуального и нравственного развития.

Педагогическим процессом называют единый целостный организованный и управляемый процесс целенаправленного развития учащихся, включающий компоненты их воспитания, обучения и образования.

Понятийный аппарат педагогики, как и любой другой развивающейся науки, постоянно претерпевает изменения. Уточняются и углубляются существующие, вводятся новые понятия; иногда под новыми названиями получают развитие известные направления. Например, **акмеология** (от греч. «акме» — вершина) — прикладная психолого-педагогическая дисциплина, изучающая условия достижения индивидами максимальных интеллектуальных, физических, профессиональных и иных показателей. Вполне вероятно, что со временем акмеология сможет получить статус самостоятельной научной дисциплины, но пока это только формирующееся направление. С другой стороны, в последние годы все более широкое распространение стало получать понятие «**квалиметрии**». В ряде работ последних лет ему придается, и надо сказать — достаточно обоснованно, также статус самостоятельной прикладной психолого-педагогической дисциплины, направленной на разработку современных средств и методов измерения степени обученности работников, и определение таким образом уровня их квалификации. Материальной базой для этого направления является современная компьютерная техника. Тем не менее, основные понятия педагогики полностью сохраняют свое значение наиболее общих, фундаментальных категорий, ее семантического ядра.

Педагогический процесс, рассматриваемый как целостное самостоятельное явление, имеет свои системообразующие факторы, структуру, закономерности. Он протекает во вполне конкретных организациях и учреждениях (школы, училища, колледжи, вузы) в соответствии с теми социальными задачами, которые эти учреждения призваны решать. Конечные цели обучения учащихся, особенно в средних специальных и высших учебных заведениях, заданы специальными документами: **квалификационными характеристиками** выпускаемых специалистов. Для каждой из существующих специальностей имеется своя квалификационная характеристика. Этот документ описывает производственные задачи, операции и (или) манипуляции, которые должен уметь решать и выполнять) молодой специа-

лист данного профиля, объем его общих и специальных знаний, умений и навыков. Квалификационные характеристики разрабатываются ведущими специалистами в данной области, проходят экспертизу в соответствующих министерствах и ведомствах и только после этого утверждаются в качестве государственного образовательного стандарта по данной специальности.

Для регламентации способа достижения поставленных в квалификационной характеристике целей разрабатывается еще один вид документа: **учебный план**. Он представляет собой список предметов, изучаемых обучаемыми; последовательность их изучения; количество часов, выделяемых на каждый предмет; определяет основные виды занятий (лекции, практические, семинарские, лабораторные занятия); виды и сроки контрольных мероприятий (зачеты, курсовые, дипломные работы, экзамены, государственные экзамены).

Одновременно с учебным планом, определяющим формы и методы обучения, по каждому предмету разрабатываются **программы обучения**. Эти документы определяют содержание обучения и представляют собой перечень конкретных тем, теоретических и практических вопросов, а также умений и навыков, изучаемых и отрабатываемых на занятиях. Государственный учебный план является стандартом для организации процесса обучения. Но учебные заведения, в зависимости от реальных условий и региональных потребностей, имеют право изменять его в пределах 5–10% от объема количества часов, отпускаемых на каждый предмет.

Таким образом в учебных заведениях формируются собственные рабочие учебные планы. Теоретически разница в часах, выделяемых на тот или иной предмет, в различных учебных заведениях, не должна превышать 20%, но даже такая разница может заметно сказаться на программе обучения: изменяются перечень и глубина изучаемых вопросов, степень отработки умений и навыков. Соответственно изменениям в рабочих программах изменяется и методическое обеспечение учебных тем, подготавливаемое каждым преподавателем, особенности и качество подготовки студентов.

До последнего времени контроль за качеством подготовки учащихся в учебных заведения МЗ РФ велся на

основе тестов и контрольных заданий, разработывавшихся, как правило, в самих же учебных заведениях на основе действующих квалификационных характеристик, типовых и рабочих программ обучения. Однако в последнее время в МЗ РФ начата работа по созданию государственного банка контрольных тестов по различным учебным дисциплинам. Это, несомненно, усилит государственный контроль за качеством подготовки специалистов.

Таким образом, тип учебного заведения (среднее специальное, высшее), его структура (то есть перечень специальностей, по которым оно готовит выпускников и перечень кафедр, реализующих учебный процесс) наряду с квалификационными характеристиками, действующими учебными планами, типовыми и рабочими программами обучения, а также методами и средствами контроля качества подготовки специалистов — являются основными системообразующими факторами при организации педагогического процесса, формируя конкретную педагогическую систему из взаимосвязанных компонентов.

В качестве **основных**, наиболее крупных компонентов любой педагогической системы, принято выделять:

- **объекты учебно-воспитательного процесса** — обучаемые;
- **условия, в которых протекает учебно-воспитательный процесс**: материальная база учебного заведения; имеющееся оборудование, библиотеки, доступ к компьютерным базам данных; возможности для работы с больными; социальные и бытовые факторы;
- **субъекты учебно-воспитательного процесса** — педагогический коллектив учебного заведения в целом; коллективы кафедр; отделений; отдельные педагоги;
- **время, затраченное на обучение в целом и на изучение отдельных тем.**

Эти четыре компонента принято называть генеральными факторами конечной успешности учебно-педагогического процесса. Они оказывают наибольшее влияние на его конечную эффективность. Каждый из этих четырех элементов может иметь свои особенности, как позитивно, так и негативно влияющие на конечный результат педагогического процесса.

Обучаемые: их возрастной и половой состав, психологические и физиологические особенности; случайность или мотивированность выбора данного учебного заведения;

умение и неумение самостоятельно работать, регулировать свое поведение, проявление эмоций; наличие и характер предшествующей дополнительной подготовки, наличие производственного стажа и другие особенности – все это может непосредственно влиять на течение педагогического процесса. Поэтому значимость этого фактора составляет 28%.

Второй компонент – **условия**, фактически является показателем ресурсов, выделяемых на организацию и проведение педагогического процесса. Сюда входят имеющееся оборудование, тренажеры, библиотеки, доступ к компьютерным базам данных, возможности для работы с больными и т. д. Но негативное влияние на конечные результаты может оказать не только недостаток, но и избыток выделяемых средств, а особенно – их неумелое использование. Уже показан и доказан, как правило, низкий эффект широкого применения учебного кино на практических занятиях. Действительно, наблюдение за техникой работы специалиста может помочь обучаемому уяснить способы выполнения тех или иных операций и манипуляций. Но никакое наблюдение не может заменить собственного практического навыка. В настоящее время большие надежды возлагаются на компьютеризацию учебного процесса. Однако педагоги в США и особенно в Японии, имеющие в этом плане большие возможности, уже обращают внимание, что избыточное увлечение компьютерами, а особенно у детей и подростков, нередко ведет к их уходу от реального мира в мир виртуальной реальности; ведет к дефициту межличностного общения и к утрате его навыков. И если в технических специальностях с этими тенденциями еще можно мириться, то для медицинских работников, педагогов, а также для представителей других гуманитарных специальностей – такие тенденции нежелательны. Удельный вес данного фактора 25%.

Третий компонент – **состав педагогического коллектива**. Здесь большое значение имеют средний возраст педагогов; наличие у них опыта самостоятельной практической, в том числе и научной работы; большое значение имеет наличие опыта собственно педагогической работы, а также – педагогической подготовки. Одним из важнейших условий является единство методических подходов к обучению учащихся, что обеспечивает преемственность и последовательность процесса обучения как между смежными кафедр-

рами, так и в учебном заведении в целом. Не случайно А. С. Макаренко говорил, что он предпочитает иметь дело с десятью средними, но работающими в едином стиле педагогами, чем с десятью прекрасными, высококвалифицированными педагогами, но работающими изолированно, каждый в своем ключе. Удельный вес фактора составляет 32%.

Четвертому фактору — **времени** — обычно придают большее значение, чем он имеет в реальной практике. Показано и доказано, что хорошо организованные самоподготовка и аудиторские занятия, а также высокая познавательная активность учащихся в значительной мере уменьшают значение дефицита времени. Поэтому его удельный вес (15%) и оказывается наименьшим среди всех генеральных факторов.

Таким образом, взаимодействие всех четырех компонентов педагогической системы и создает реальный педагогический процесс в том виде, в котором он протекает в конкретных учебных заведениях.

Как и всякий процесс, **учебно-воспитательный процесс** также имеет свои составляющие. Во-первых, наиболее крупными компонентами педагогического процесса являются **обучение и воспитание**, которые и ведут к внутренним изменениям в уровнях образованности, воспитанности и развитости личности обучаемого. Оба процесса: обучение и воспитание — одновременно, хотя и по-разному влияют на сознание, волю, эмоции, отношения и деятельность обучаемых. Процесс обучения влияет непосредственно на интеллектуальную сферу, а через нее — на другие параметры личности, в свою очередь опираясь на уровень их предварительной сформированности. Процесс воспитания прежде всего обращен к эмоциональной стороне личности, ее отношениям с окружающим миром. Он выступает в роли стимулирующе-мотивационного фактора обучения и может существенно повлиять на поведение обучаемых. Существуют общие закономерности: как правило, чем моложе обучаемые и чем ниже уровень развития интеллекта, тем сильнее и непосредственнее влияние не рациональных, а эмоциональных факторов на поведение. Поэтому обучение должно идти впереди развития интеллекта и воспитанности учащегося и создавать благоприятные предпосылки для более успешного обучения на последующих этапах педагогического процесса.

Второй группой компонентов педагогического процесса являются **цели**. Все цели могут быть учебными и воспитательными. Учебные (или дидактические цели) делятся на общие (или конечные цели), задаваемые квалификационными характеристиками выпускников, и на предметно-тематические цели, задаваемые программами обучения по тем или иным дисциплинам и отдельным темам в рамках этих предметов. Эти цели могут совпадать с конечными, особенно на выпускающих кафедрах старших курсов. Но могут и не совпадать или совпадают не прямо, а косвенно. Это хорошо видно на примере предметов фундаментального блока, изучаемых на младших курсах. Например, знание клеточной теории строения организма непосредственно не предусмотрено квалификационной характеристикой медицинских сестер с высшим образованием. Однако определение сестринского диагноза, что требуется квалификационной характеристикой, невозможно без знания этой теории, изучаемой студентами на младших курсах на предметах «Общая биология» и «Гистология». Для обучаемых младших курсов отсутствие видимой связи между конкретной изучаемой темой и конечными целями обучения часто служит причиной снижения интереса к обучению. У студентов старших курсов профессиональные интересы нередко уже определены, поэтому отсутствие прямой связи между изучаемой темой и областью их увлечений также может снизить интерес к учебе. В связи с этим умение преподавателя показать обучаемым связь между целями изучения конкретной темы, предмета и общими, конечными целями обучения, и тем поддержать интерес к обучению, является одним из показателей его профессионального мастерства.

Третьим компонентом педагогического процесса является **содержание обучения**. Оно определено квалификационными характеристиками, учебными планами, а также предметными программами обучения и конкретными учебными темами, в рамках которых и разворачивается педагогическое взаимодействие (общение). Содержание педагогического процесса реализуется через решение обучаемыми конкретных профессиональных задач. Список таких задач, отрабатываемых учащимися на каждом занятии, называется **списком учебных элементов занятия**. Такой список учебных элементов позволяет вести отбор содержания к

каждой учебной теме; распределять учебные элементы по организационным формам учебной деятельности (лекции, практические занятия, самоподготовка); контролировать уровень новизны учебного материала (старые сведения, частично новые, абсолютно новые); уровни усвоения знаний (общие представления и теории, прикладные теории и конкретные факты, умения и навыки); объем знаний (ниже, соответствует или выше планируемого); темп усвоения (средний, ниже или выше среднего), а также направленность интересов обучаемого (в теоретическую или практическую сферы).

Четвертым компонентом педагогического процесса является собственно **взаимодействие учащихся и преподавателей**, или педагогическое общение. Принято различать методы, средства и формы организации педагогического взаимодействия, а также стиль педагогического общения.

Методы взаимодействия могут быть различными: как аудиторными (лекции, семинарские и практические занятия, лабораторные работы), так и внеаудиторными. Они регламентированы учебными планами, и возможности преподавателя в их выборе достаточно ограничены. Однако выбор стиля педагогического общения практически целиком находится в компетенции преподавателя.

Пятым и заключительным компонентом педагогического процесса являются его **результаты**. Принято различать познавательные (гностические, когнитивные) и воспитательные результаты. Для оценки когнитивных результатов или знаний обучаемых используются следующие критерии.

Оценка «отлично» ставится в тех случаях, когда обучаемый отвечает на вопрос полностью, правильно и с привлечением дополнительного, сверхпрограммного материала.

Оценка «хорошо» ставится в тех случаях, когда обучаемый отвечает на вопросы также полностью, правильно и без ошибок, но не выходит за рамки школьной программы.

Оценка «удовлетворительно» ставится в тех случаях, когда обучаемый отвечает на вопросы правильно, но не полностью и неточно, и ему приходится задавать дополнительные наводящие вопросы.

Оценкой «неудовлетворительно» оцениваются неправильные ответы и неполные ответы.

Следует отметить, что в настоящее время начата разработка технических средств квалиметрии, призванных в

большой степени объективизировать и стандартизировать оценку уровня знаний обучаемых. Что же касается оценки результатов воспитательной работы, то она, вероятно, еще долго будет оставаться областью преимущественно субъективных оценок.

Перечисленные выше пять пунктов описывают общую структуру педагогического процесса. Однако его конкретная реализация каждым преподавателем делится на три этапа.

Этап подготовки педагогического процесса. Преподаватель проводит отбор учебного материала; проверяет его соответствие предметным и конечным целям обучения; определяет конкретные учебные задачи и составляет список учебных элементов; выбирает формы, методы и средства взаимодействия с обучаемыми и средства контроля за результатами обучения.

Этап реализации педагогического процесса. На этом этапе на первое место в работе преподавателя выходит мастерство педагогического общения, его умение достигать поставленных целей.

Этап контроля, оценки и анализа достигнутых результатов. На этом этапе преподаватель оценивает достигнутые результаты и анализирует как успехи, так и причины возможных неудач.

Каждый преподаватель, проводя отдельные занятия, должен себе четко представлять его цели, задачи и место в общей организации учебного процесса.

Основы самоподготовки

Современная педагогика большое значение придает развитию у обучаемых навыков самообучения и самоподготовки. При всей своей кажущейся простоте такая работа имеет свои закономерности. Они были изучены и описаны П. Я. Гальпериным. Самостоятельное усвоение (или интериоризация) знаний по П. Я. Гальперину проходит 6 этапов:

1. **Мотивационный.** На этом этапе формируется отношение субъекта к целям и задачам предстоящих действий, к содержанию материала, намеченного для усвоения.

2. **Подготовительный.** На данном этапе обучаемый составляет схему своих действий на предстоящем занятии,

которая служит для него ориентировочной основой действий (ООД). ООД представляет собой перечень конкретных действий, а также указаний и ориентиров, учет которых необходим для выполнения этих действий, и уяснение обучаемым ООД в целом.

3. **Деятельностный.** На нем происходит формирование действий, то есть выполнение их в материальном виде. Желательно, чтобы этот этап сопровождался внешним проговариванием производимых действий.

4. **Внешнеречевой.** Выполнение того же действия в виде громкой социализированной речи, или «речи для других». На данном этапе возможна замена реальных объектов, с которыми работал обучаемый на предыдущем этапе, их моделями, муляжами, символами и т. п.

5. **Внутреннеречевой.** На данном этапе обучаемый представляет себе выполняемые действия. Это представление может сопровождаться внешней речью «про себя», но внешняя речь на данном этапе постепенно должна исчезнуть.

6. На **заключительном** (интериоризационном) этапе речевой процесс «уходит» из сознания, оставляя в нем только конечный результат — предметное содержание действия.

Описанная П. Я. Гальпериным последовательность получила название «Концепции поэтапного формирования умственных действий». Основным ее этапом является **деятельностный**. Опыт показывает, что на практических занятиях на него должно отводиться не менее 50% (оптимально — 60–70%) учебного времени. Эмпирически показано, что формирование нового действия (или понятия) может проходить с пропуском ряда этапов. Однако расшифровка механизмов каждого конкретного случая формирования действия и объяснение его конкретной динамики становятся возможными лишь благодаря знанию полной системы поэтапного формирования умственных действий.

Типичной ошибкой начинающего преподавателя является подмена реальных действий их вербальным описанием обучаемым и излишнее доверие устному ответу студентов. Нередко случается, что те из студентов, кто хорошо рассказывает о том, как они выполняют то или иное действие, практически его выполнить не могут. Их реальный уровень подготовки соответствует только второй, подгото-

вительной фазе данной концепции. Нередка и обратная картина: студент неплохо справился с выполнением действия, но с большим трудом может описать его словами. Реальный уровень подготовки таких студентов соответствует третьему этапу данной концепции. Оптимальным считается достижение 4–5 этапов, когда сформировано не только конкретное действие, но и его речевой эквивалент (то есть соответствующая языковая картина мира).

Основы дидактики

Слово дидактика происходит от греческого «дидактикос» — «обучающий», или преподаватель. Современную дидактику определяют как общую теорию обучения и образования человека. Предметом дидактики является процесс обучения и его закономерности. Она отвечает на вопрос «Как учить?». Дидактика как общая теория обучения и образования рассматривает наиболее общие положения и закономерности обучения любому предмету. Вместе с тем, преподавание каждого предмета может иметь свою, и существенную специфику, определяемую целями, содержанием, особенностями усвоения обучаемыми конкретного предмета и другими факторами. Эта специфика учитывается в предметных методиках, или частных дидактиках — отраслях педагогики, исследующих закономерности преподавания и усвоения конкретных дисциплин. Но если школьная дидактика разработана достаточно хорошо, то вузовская дидактика реально начала складываться только в последние 20–30 лет и полностью как самостоятельное научное направление еще не оформилась.

Дидактика как отрасль педагогики, имеющая свой предмет, свои области исследования и решающая свои, четко очерченные вопросы, имеет и свой понятийный аппарат. Наиболее важными понятиями дидактики являются:

— **процесс обучения**, т. е. целенаправленный процесс взаимодействия преподавателя и обучаемых, в ходе которого осуществляется образование, воспитание и развитие учащихся;

— **принципы обучения**, в частности, принципы наглядности, действенности, преемственности и последовательности обучения; связи чувственно-образной и языковой

картин мира конкретной предметной области; опережающего предъявления требований и некоторые другие;

— **содержание образования** представляет систему знаний, умений и навыков в конкретной предметной области;

— **методы обучения** — способы взаимосвязанной деятельности обучающего и обучаемых;

— **формы организации обучения** или способы организации взаимосвязанной деятельности обучающего и обучаемых. Существуют дневные и вечерние формы обучения; очное и заочное (дистантное) обучение и другие формы.

Формы организации обучения определены Уставом учебного заведения, и их выбор, как правило, не входит в компетенцию преподавателя. Что же касается методов обучения, то их выбор целиком в сфере компетенции преподавателей, и умение педагога выбрать метод обучения, адекватный целям и задачам педагогического процесса, является одним из показателей педагогического мастерства.

Все методы обучения принято классифицировать по трем основным группам, которые разделяются на подгруппы:

1. **Группа методов организации учебно-познавательной деятельности.**

По источнику передачи и восприятия информации различают:

— словесные (объяснение, рассказ, беседа, лекция);

— наглядные (иллюстрации, демонстрации);

— практические (опыты, упражнения, учебно-производственная практика).

По логике передачи и восприятия информации:

— индуктивные (от частных явлений и понятий к общим понятиям);

— дедуктивные (от общих понятий к частным понятиям и явлениям).

По степени самостоятельности мышления обучаемых при овладении ими знаниями:

— репродуктивные;

— проблемно-поисковые (научно-исследовательская работа студентов, учебно-исследовательская работа студентов).

По степени и методу управления учебной работой обучаемых:

— учебная работа под непосредственным руководством преподавателя;

— самостоятельная работа учеников (с книгами и другими источниками информации; лабораторные работы).

2. Группа методов стимулирования и мотивации учебно-познавательной деятельности.

По методам стимулирования интереса к учению:

- познавательных, ролевых и деловых игр;
- учебных диспутов, дискуссий, проблемных ситуаций, клинических разборов;
- создание эмоционально-нравственных ситуаций.

По методам стимулирования чувства долга, ответственности:

- убеждения в значимости;
- предъявление требований;
- поощрения и порицания;
- упражнения в выполнении требований.

3. Группа методов контроля и самоконтроля в процессе обучения.

По методам устного контроля и самоконтроля:

- фронтальный опрос;
- индивидуальный опрос или собеседование;
- устные зачеты, экзамены;
- программированный опрос;
- устный самоконтроль.

Методы письменного контроля и самоконтроля:

- контрольные письменные работы;
- письменные зачеты, экзамены;
- программированный письменный, в том числе тестовый контроль;
- письменный самоконтроль;
- автоматизированный (машинный) тестовый контроль и самоконтроль.

По способам практического контроля и самоконтроля:

- контрольные лабораторные работы;
- контрольные практические задания.

В этой классификации собраны основные методы обучения и контроля за его результативностью. Жизнь, безусловно, богаче. Но для многих предметов и кафедр существуют свои, нередко традиционные и устоявшиеся методы обучения и контроля, которые в рамках данных предметов и кафедр начинают рассматриваться как нормативные. Однако жизнь течет, могут изменяться задачи обучения, появляться новые цели (например — новые специальности, по которым гото-

вит данное учебное заведение), и обязанность преподавателя своевременно отбирать и апробировать методы обучения, соответствующие новым целям и задачам обучения.

Опыт ведущих медицинских вузов страны действительно позволяет выделить основные нормативные виды педагогической деятельности кафедр:

- описание целей обучения и воспитания в терминах профессиональной деятельности; их качественная и мотивационная характеристика, соответствие необходимым знаниям и умениям, указанным в квалификационной характеристике;

- соотнесение каждого элемента учебного процесса с задачами профессиональной подготовки обучаемых;

- построение логико-дидактической системы содержания обучения по данной дисциплине, курсу, теме, занятию;

- определение оптимальной последовательности изучения тем курса и построение системы занятий;

- определение оптимальных организационных форм и методов проведения занятий; соответствующих технических средств;

- подготовка заданий (в том числе тестовых) на выяснение исходного уровня подготовки студентов;

- составление задач и других заданий для обучения профессиональным (в том числе познавательным) видам деятельности;

- составление заданий и тестов, в том числе и экзаменационных, для выяснения конечного уровня знаний и сформированности степени умений студентов;

- учет социально-психологических и психогигиенических факторов, влияющих на продуктивность учебной деятельности студентов, и минимизация негативных факторов;

- создание учебников, учебных и наглядных пособий для построения и реализации педагогической системы кафедры.

Эти элементы, как нормы педагогической деятельности, требуют соответствующего документально-методического обеспечения. Практика показывает, что удобнее методически обеспечивать не каждое отдельное занятие, а целостную учебную тему, взятую, например, с выделением конкретного клинического синдрома, с изучением отдельно взятой системы или патофизиологического процесса

В целом же структуру методических указаний по обеспечению учебной темы можно представить в следующем виде:

1. **Название учебной темы.**

2. **Цель (или цели ее изучения).** Они устанавливаются с соблюдением требований к объективному заданию обучения:

а) **соответствие социальному заказу** (квалификационной характеристике);

б) **воспроизводимость целей обучения**, то есть реальность их достижения в конкретных условиях расписания;

в) **определенность целей обучения.** Во-первых, однозначность понимания целей преподавателем и студентом достигается их описанием в терминах деятельности студента. Во-вторых, сами цели могут быть различны: теоретические — знание клинических синдромов, приемов диагностики, принципов лечения; практические — умение выявить проблемы больного, выполнить практически лечебные или диагностические манипуляции; в отдельную группу выделяются логические навыки, например умение организовывать сестринский процесс у больных с данным заболеванием;

г) **диагностичность целей обучения**, то есть описание их в **уровнях усвоения знаний** (общие представления — 1; конкретные знания — 2; практические и логические умения и навыки — 3) и **уровнях новизны** («старый», известный материал — 1; частично новый — 2; новый материал — 3).

3. **Интеграция темы.** Термином «интеграция» обозначаются существующие содержательные, логические и (или практические) внутри- и межпредметные связи. В интеграции **темы** принято различать:

а) **истоки** — или связи с предшествующими предметами, разделами, темами;

б) **выход** — или связи с последующими предметами, разделами и темами;

в) **комплексирование** — или межпредметные и (или) внутрипредметные связи данного этапа обучения.

4. **Отбор содержания учебной темы с его структурированием.** То есть выделяются учебные элементы, определяются уровни новизны и усвоения. При этом используются методы графологического структурирования, табличного (или матричного) представления.

5. Распределение учебных элементов по организационным формам и методам обучения (лекции, практические занятия, самоподготовка, УИРС, НИРС и др.).

6. Составление методических разработок, входящих в учебную тему лекций и практических занятий. Рекомендуется составить два вида методических разработок: для преподавателя и для студента. Методическую разработку занятия (практически – его сценарий) рекомендуется составлять по следующей схеме (таблица 1).

Таблица 1

№ этапа	Название этапа	Цели этапа	Описание этапа	Обеспечение этапа	Время этапа

В план занятия обязательно вводятся этапы исходного и конечного контроля уровня знаний студентов. Уровень должного усвоения определяется из таблицы учебных элементов. В план вводится один или несколько этапов самостоятельной работы студентов с четким заданием по ним. Подведение итогов и гласная оценка деятельности каждого студента – также необходимый этап плана. Одной из эффективных форм управления самоподготовкой студентов является использование в задании на дом ориентировочной карты, которая составляется по следующей схеме (таблица 2).

Таблица 2

№ этапа	Название этапа	Цели этапа	Вопросы на самоподготовку	Источники с указанием литературы	Вопросы для самоконтроля

Даже опытные преподаватели и с большим стажем работы, обновляя методическое обеспечение отработанных ими тем занятий или разрабатывая новые темы, готовятся к занятиям и пишут методические разработки. Для начинающего преподавателя их написание является абсолютно необходимым элементом профессиональной подготовки.

Основы педагогического общения

Деятельность медицинской сестры с высшим образованием многообразна: профессионально-медицинская; профессионально-педагогическая; профессиональное общение с родителями; профессиональное общение с учителями. Во всех случаях необходима организация контакта, то есть проведение разнопланового общения (контакт с ребенком, классом или группой учащихся, родителями или группой родителей и пр.). Для выполнения такой многоплановой деятельности медицинской сестре с высшим образованием необходимо знать:

- анатомо-физиологические и психологические особенности детей и молодых людей различного возраста;
- общие положения организации техники общения;
- особенности организации и осуществления общения в зависимости от возраста;
- особенности организации и осуществления общения с учителями, имеющими специальное педагогическое образование;
- особенности организации и осуществления общения с родителями, в зависимости от их образованности и индивидуальности.

В то же время медицинской сестре с высшим образованием необходимо уметь:

- организовать оптимальное общение с отдельным ребенком и группой учащихся;
- организовать оптимальное общение с преподавателем или группой преподавателей;
- организовать оптимальное общение с родителями или группой родителей;
- организовать и проводить необходимые занятия с детьми, родителями и учителями согласно функциональным обязанностям и плану работы;
- профессионально выполнять медицинские обязанности.

Как очевидно, во всех перечисленных случаях медицинской сестре придется осуществлять коммуникации по общей схеме организации общения вообще:

- моделирование в зависимости от субъектов будущего общения;
- организация общения с корректировкой модели;

— собственно общение для достижения поставленной цели;

— рефлексия (самообсуждение, самоанализ) результатов проведенного общения и корректировка на будущее.

Известно, что коммуникация в межличностном общении, или взаимодействие, начинается с так называемого «первого впечатления». Но так как первое впечатление относится к закономерностям межгруппового общения, то перенос этого механизма на межличностное общение, без дальнейшего развития, зачастую лежит в основе конфликта (родитель — ученик, учитель — ученик, учитель — родитель).

Рассмотрим основные этапы общения в общем плане.

Первое впечатление складывается из определения «привлекательности», «привлекательности» и «отношения к нам». Все три механизма имеют совершенно определенный психологический базис:

— **социальная стереотипизация** — устойчивое представление о каких-либо явлениях или людях, свойственных им как представителям какой-либо социальной группы;

— **каузальная атрибуция** — «приписывание» причин (хорошие люди — хорошие поступки, плохие люди — плохие поступки);

— **эмпатия** — способность понимать других людей мгновенно (в период первого впечатления), без осмысления. Способность эта присуща всем детям, но с возрастом частично теряется у разных людей в разной степени и заменяется стереотипизацией, как более экономичным механизмом.

Не следует забывать, что первое впечатление складывается как у вас, так и у вашего собеседника или собеседников. Но, если вы поставили себе цель — организовать общение, то на первом впечатлении, какое бы оно ни сложилось, останавливаться нельзя. Во время дальнейших этапов общения следует использовать:

— **рефлексивное мышление** — свойство оценивать собственное мышление и действия. Оно дает возможность отказаться от стереотипизации и ближе подойти к адекватной оценке собеседника;

— **наблюдательность** — умение максимально объективно оценивать собеседника (что противоположно эмпатии, когда собеседника оценивают субъективно и не всегда верно).

Оценивать следует не только речь (вербальное действие), но и жесты, движения тела, рук, глаз (невербальное действие). Причем, как правило, собеседники больше доверяют последнему (невербальному), так как речью легче обмануть.

Второй этап общения называют **аспектом взаимодействия в зависимости от позиций**. В любой беседе есть два плана: **план содержания** — где достигается (или не достигается) цель беседы, и **план взаимодействия** — где осуществляется сам процесс беседы, определяются, меняются, закрепляются «позиции» беседующих.

В настоящее время учитываются **три** позиции, в которых может находиться каждый беседующий: **Ро** — родитель, **Ре** — ребенок, **В** — взрослый.

Ро — **директивная, поучающая**, необходимая в воспитании детей, но при этом всегда есть опасность вызвать отрицательные эмоции ребенка, которые сведут к нулю ваши попытки наладить коммуникацию. Важен индивидуальный подход, максимум наблюдательности (особенно за невербальными проявлениями), рефлексивное мышление.

Ре — **детская импульсивность, непосредственность**. У взрослого — спонтанность, раскрепощенность в поведении.

В — **разумность в отношении происходящего, планирование деятельности**, дает возможность вести рефлекссию своих действий, менять позиции, корректировать свои взаимоотношения с собеседником.

Все три позиции могут быть использованы при незапланированном, несмоделированном общении: первая встреча — эмоциональное решение «плохой — хороший» — позиция **Ре**. Затем — все ли так, «как надо» — позиция **Ро**. К сумме этих оценок (**Ро** — **Ре**) подключается оценка **В**, который, исходя из целей встречи, уточняет или строит план общения либо учитывая, либо отбрасывая оценки с позиций **Ро** и **Ре**. Несовпадение или неучитывание позиций партнера чаще всего ведет к прекращению общения или конфликту.

Выбор своей позиции в общении — очень важный момент моделирования, требующий дополнительной информации о собеседнике или собеседниках, оценки собственных возможностей, тренировки наблюдательности и рефлексивного мышления.

Коммуникативный аспект — наиболее ясный аспект общения, обмен информацией. Здесь особенно явными становятся неудачи или успехи первых этапов общения. Судить об этом можно по возникновению или отсутствию барьеров общения. **Барьеры общения могут быть различными:**

- «избегание» — «не слушаю», «не смотрю», «не говорю», «избегаю встречи», психологический механизм — страх за свое «Я»;

- «авторитет» — «слышу и доверяю только тому, кто уже для меня авторитетен», психологический механизм тот же;
- «непонимание» — «перестану слушать и думать об этом», «ощущаю несоответствие слов и жестов» (верю больше жестам), «не понимаю логики слов», психологический механизм — опасение обмана;

- «забывание» — возникает при отсутствии эмоциональной окраски речи;

- «снижение авторитета» — «не воспринимаю информацию от неавторитетного для меня лица», «не верю ему».

Соответственно удача проявляется в отсутствии вышеперечисленного или в предупреждении, преодолении барьеров общения, в силе «Я», в умении слушать и ясно излагать свои доводы, в умении владеть эмоциями, в открытости.

Чтобы преодолеть «избегание», необходимо удерживать собеседника, используя наблюдательность, меняя позиции и силу своего «Я». Авторитетность зависит от первого впечатления, которое можно и нужно создать в необходимом для вас плане. От умения слушать и понимать партнера по беседе зависит возникновение или устранение «непонимания».

Под силой «Я» понимается представление человека о себе самом по множеству аспектов — кто он, к чему стремится, что делает, что запрещает себе, что разрешает, каковы его ценности и т. д. Если сила «Я» достаточна, то общение поддерживающее. Если сила «Я» малая — общение часто искажается. Людям со слабым «Я» трудно доказать свою правоту, трудно выразить свои чувства, слушать критику в свой адрес. Все это ведет к возникновению психологической защиты в форме замкнутости, прекращения общения, нежелания общаться.

Умение слушать — это не только процесс восприятия звука, но и интеллектуальный и эмоциональный процесс

Оно может быть молчаливым (только язык жестов) или активным (пересказ, развитие мысли собеседника).

Ясность выражения своих мыслей связана, во-первых, с четкостью представлений о смысле беседы, а во-вторых, с силой «Я». Если это есть, то возражение собеседника воспринимается спокойно, не как угроза своему «Я» и общение не прерывается.

Эмоции – нормальное проявление нормальной психики. Уничтожить их нельзя. Следовательно, следует учиться выражать их в конструктивной форме (особенно отрицательные), уметь создавать их, пользоваться ими для достижения цели, уметь интегрировать их. Педагогическое общение предполагает определенную степень открытости партнеров. Открытость является симптомом психического здоровья. Поскольку общение – процесс двусторонний, то эффективность его обязательно зависит от открытости обоих партнеров. Наилучшая атмосфера для этого – доверительность и доброжелательность, интерес к партнеру, внутренняя установка на эффективность общения, то есть на достижение цели.

В процессе развития коммуникативного опыта у людей формируется еще одна, четвертая позиция: «Я глазами партнера». В этой позиции человек знает, каким видит его партнер по общению, и вносит соответствующие коррективы в свое поведение, чтобы быть воспринятым. Использование педагогом в общении этой позиции предполагает определенное владение элементами игры в поведении. Не случайно, что эта позиция в максимальной степени развита у профессиональных актеров. Но и у педагогов она является одним из существенных элементов профессионализма. А. С. Макаренко, например, говорил, что фразу: «Подойди ко мне» – он мог сказать с одиннадцатью различными интонациями.

Описанное выше владение ролями и позициями в общении педагогу необходимо для главного: выработки индивидуального стиля педагогического общения. Принято различать **три основных стиля педагогического общения:**

– **авторитарный**, когда педагог по отношению к обучаемым занимает позицию родителя (Ро): поучающую, требовательную, не допускающую возражений. Обучаемые при этом становятся в позицию ребенка;

— **демократический**, когда преподаватель и обучаемые находятся в позиции взрослого (В). Этот стиль приемлем для достаточно взрослых учащихся, имеющих развитое «Я»;

— **либеральный или попустительский**. При этом стиле преподаватель, по сути, не имеет постоянной устойчивой собственной позиции, требований и ведет себя ситуативно.

Каждый из этих стилей, постоянно используемый в общении в учебном коллективе, порождает свои, вполне определенные последствия. При авторитарном стиле быстро формируется коллектив, учащимися быстро усваиваются социальные роли, однако в таких коллективах более высока степень внутренней напряженности в отношениях, не формируется чувство инициативы и ответственности за свои поступки. При демократическом стиле несколько медленнее идет усвоение учащимися социальных ролей, однако они более инициативны, не боятся ответственности за свои действия, и в целом психологический климат более доброжелательный. Наименее продуктивным с педагогической точки зрения является либеральный стиль: социальные роли у учащихся формируются замедленно, учащиеся нередко дезориентированы в преподавателе. Как авторитарный, так и либеральный стили нередко, хотя и по разным причинам, ведут к возникновению конфликтов между преподавателем и обучаемыми.

Таким образом, отработка навыков профессионального общения является одним из важнейших элементов педагогического общения.

Профессиональные требования к преподавателю

В профессиональной деятельности преподавателя принято выделять пять основных видов: гностическая или познавательная; конструктивная; организационная; коммуникативная или педагогическое общение; воспитательная.

Гностическая деятельность преподавателя и соответствующие ей навыки связаны с проведением собственной научно-исследовательской работы, а также с необходимостью организации научно-исследовательской и учебно-исследовательской работы студентов (НИРС и УИРС). Для медицинских работников гностическая деятельность в первую очередь связана с умением вести диагностику. С раз-

витием этой сферы профессиональной деятельности связано развитие таких интеллектуальных умений и навыков, как анализ, синтез, формулировка гипотез, построение теории, планирование эксперимента, составление прогноза и ретрогноза, а также рефлексивности. Под рефлексивностью здесь понимается знание преподавателем структуры своих собственных знаний о своей же предметной области и умение приводить свои знания о реальных объектах и процессах в данной предметной области в соответствии с данным конкретным объектом или процессом. Следует отметить, что гностическая рефлексивность, как и рефлексорность вообще, является одним из наиболее поздно формирующихся в онтогенезе психологических качеств личности. Необходимость когнитивной деятельности на уровне профессионально сформированных навыков преподавателям средних специальных и общих средних учебных заведений требуется в меньшей степени. Однако в работе этих групп преподавателей компонент гностической деятельности всегда имеется.

Конструктивная (или проектировочная) деятельность преподавателя связана с отбором и структурированием конкретного учебного материала для занятий, осуществляемых в рамках программы обучения применительно к особенностям данного состава студентов и целям их обучения. Второй стороной этой же деятельности преподавателей является выбор наиболее адекватных форм и методов обучения. Например, одна и та же тема: «Оказание помощи пострадавшим с переломами длинных трубчатых костей» будет иметь свои особенности при проведении занятий со студентами лечебно-профилактического или педиатрического факультетов, и тем более — со студентами факультета высшего сестринского образования. Некоторые аспекты этой деятельности, применительно к разработке методического обеспечения учебной темы, были рассмотрены нами в разделе «Дидактика». Следует отметить то обстоятельство, что в последние годы, в связи с принятием нового закона об образовании и расширением прав учебных заведений по формированию собственных учебных планов и программ обучения, значение конструктивной компоненты в деятельности преподавателей существенно возросло. С другой стороны, утверждение новых медицинских специальностей и развитие соответствующих

факультетов и отделений ведет к тому, что многие кафедры из одно-, двухфакультетских превращаются во многофакультетские. Это требует разработки методического обеспечения учебных тем применительно к целям, задачам и специфике обучения на каждом факультете. Таким образом, значение конструктивной компоненты в деятельности преподавателя не только велико, но и имеет четкую тенденцию к дальнейшему возрастанию.

Организационная компонента деятельности преподавателя связана с непосредственной реализацией собственно педагогического процесса, а также с координацией деятельности обучаемых в учебное и внеучебное время. По затратам времени в структуре рабочего дня преподавателя — это главный вид деятельности. И это действительно так: умение четко реализовать спланированную работу и достичь поставленных педагогических целей является главным показателем его работы.

Коммуникативная деятельность, или педагогическое общение, является одним из основных компонентов деятельности и профессионализма преподавателя. Оно имеет свои закономерности, и рассматривалось нами в разделе «Основы педагогического общения». Особенности педагогического общения определяют микроклимат, в котором реализуются другие компоненты деятельности преподавателя. Хорошо известно, что этот микроклимат может притягивать обучаемых к преподавателю и способствовать достижению конкретных учебных целей; может быть нейтральным и не препятствовать педагогическому процессу, но может и прямо мешать учебному процессу. Нередко с отсутствием опыта общения и недостаточной коммуникативной подготовкой связаны неудачи в преподавательской деятельности грамотных специалистов-профессионалов. С другой стороны, именно межличностное общение является основным инструментом формирования и контроля за его ходом профессиональных гностических и эмоционально-волевых сторон личности обучаемого. Эта сторона деятельности преподавателя достаточно сложно поддается автоматизации.

Пятая, воспитательная компонента деятельности преподавателя направлена на **формирование морально-этических и волевых качеств личности обучаемого**. В высших и средних специальных учебных заведениях, как правило, не

имеет самостоятельного характера и осуществляется косвенно, в процессе обучения. Однако, такие личные качества преподавателя, как порядочность, аккуратность, дисциплинированность и другие оказывают несомненное воспитывающее влияние на обучаемых.

Пяти основным видам деятельности преподавателя соответствуют основные профессиональные умения. Но кроме этих основных, большую роль в работе преподавателя могут играть и другие профессиональные умения и навыки: перцептивные — умение видеть и по внешним признакам обучаемого «читать» личность студента, его психическое состояние; качества внимания — наблюдательность; умение удерживать в поле зрения одновременно несколько обучаемых; стабильность; волевые — умение управлять собой и обучаемыми и добиваться поставленных целей; навыки «самоподачи» и развитой речи, то есть навыки определенного артистизма; навыки рефлексии и гибкости поведения, то есть умения вносить адекватные коррективы в запланированный педагогический процесс в зависимости от конкретной возникающей ситуации.

Готовясь к самостоятельной педагогической деятельности, молодой преподаватель должен не только сам овладеть слагаемыми профессионализма, но и уметь видеть и анализировать деятельность своих коллег. Основными параметрами такого анализа будут:

— **гностическая компонента** — наличие профессиональных категорий, ученых степеней и званий, а также показанное на занятиях умение вести диагностику пациентов и педагогическую диагностику учащихся;

— **конструктивная компонента** — соответствие деятельности преподавателя общим целям, задачам и программе обучения;

— **организационная компонента** — соответствие деятельности преподавателя этапам плана занятия, лекции или другой организационной формы обучения, умение рассчитывать и ориентироваться во времени, содержательность педагогического показа или иной информации, наличие оборудования на занятии и оптимальность его оснащения;

— **коммуникативная и воспитательная компоненты**: наличие индивидуализированного контроля за самостоятельной работой обучаемых, целесообразность проявления

личностных профессиональных и эмоциональных качеств преподавателем;

– **заключение о конечной эффективности применения преподавателем его профессиональных навыков и умений.**

В заключение главы следует сказать, что преподавательская деятельность является вполне закономерным этапом не только профессионального, но и личностного развития человека. Опытный человек, достигший определенных высот профессионального мастерства и социальной зрелости, всегда в той или иной форме начинает преподавать свой опыт подрастающему поколению: будь это дома, в семье – своим детям и внукам; на работе – молодым начинающим коллегам; наконец – как вид профессиональной деятельности. Знание основной структуры и закономерностей этой деятельности может позволить избежать начинающему преподавателю типичных ошибок и разочарований в этой работе.

Рекомендуемая литература

1. Педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических институтов / под ред. Ю. К. Бабанского. – М.: Просвещение, 1983. – 608 с.

2. Подласый И. П. Педагогика: Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений. – М.: Просвещение. Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1996. – 432 с.

3. Педагогика и психология: Учебное пособие для вузов / под ред. А. А. Радугина. – М.: Изд-во ЦЕНТР, 1996. – 336 с.

4. Шадриков В. Д. Психология деятельности и способности человека. Учебное пособие. – 1996. – 320 с.

5. Шевандрин И. И. Социальная психология в образовании: Учебное пособие, ч. 1. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. М.: Просвещение. Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС. 1995. – 544 с.

Глава VIII

МЕНЕДЖМЕНТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

*«Кто не знает куда направляется,
очень удивится, попав не туда».*

М. Твен

Основы менеджмента

Фундаментальные изменения всей системы национального хозяйства нашей страны не могут не затронуть отдельные структурные подразделения этой системы. Замена жесткого централизованного администрирования рыночными отношениями — сложный и многосторонний процесс. Преобразования, осуществляемые в настоящее время в отечественном здравоохранении, в основном организационно-экономические. Если раньше управление в этой сфере осуществлялось преимущественно административными методами, то теперь все большее значение приобретают методы экономические, основанные на личной заинтересованности в результатах своего труда. В соответствии с этим на здравоохранение распространяются объективные законы рыночной экономики. В условиях рыночных отношений особенно остро диктуется необходимость радикальных перемен в организации здравоохранения.

Что же может и должно служить основой функционирования системы здравоохранения в целом и его отдельных учреждений в стихии рынка? Это новые знания о законах эффективного функционирования рыночной экономики, в том числе знания достижений науки и искусства менеджмента. Профессор Л. И. Евенко (1992 г.) выделяет следующие определения понятия менеджмента. В упрощенном понимании, **менеджмент — это умение добиваться поставленных целей, используя труд, интеллект, мотивы поведения других людей.** Менеджмент — по-русски «управление» — функция, вид деятельности по руководству людьми в самых разнообразных организациях.

Менеджмент – это также область человеческого знания, помогающего осуществить эту функцию. В Глоссарии для русскоязычных лидеров сестринского дела (Глоссарий МАНГО, 1994) записано: «**Management – управление, менеджмент – комплексный процесс планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для того, чтобы сформулировать и достичь целей организации, предприятия, проекта и т. д.**» И еще одно определение, которое имеет непосредственное отношение к России, где происходят быстрое изменения в здравоохранении. Это определение такого понятия, как **руководство изменениями** (переменами) или **Management of change – руководство изменениями** (переменами): «**процесс планирования или контроля перемен, который часто лучше всего достигается в качестве преднамеренного и осуществляемого на началах сотрудничества процесса**».

Как правило, **целевое управление – Management of objectives** – целевое управление – это процесс, состоящий из четырех независимых этапов:

- выработка ясной, сжатой формулировки целей;
- разработка реалистичных планов их достижения;
- систематический контроль и измерение качества работы и результатов;
- принятие корректирующих мер для достижения планируемых результатов.

Сейчас управление стало главным из ресурсов развития общества. Недаром говорят, что **нет слаборазвитых стран, а есть слабоуправляемые страны**. В современном мире:

- управление – общая и главная функция современного общества;
- основная задача управления – делать знания производительными;
- управление – не только функция, но и культура, система ценностей, система убеждения;
- управление – это глобальная проблема человечества и продукт его деятельности;
- управление создает экономическое и социальное развитие;
- научный характер управления, менеджмента – наука о том, как сделать управление эффективным.

В настоящее время выработаны **основные научные принципы управления** любым предприятием, суть которых можно свести к следующим пяти принципам:

- системный подход в управлении;
- определение цели управления;
- сочетание материальных и моральных методов поощрения работников;
- оптимальное сочетание отраслевых и территориальных особенностей и интересов в управлении;
- сочетание плановых и рыночных методов управления.

Управление здравоохранением – это особая область управления. **Основной целью работы учреждений здравоохранения является улучшение здоровья отдельных людей и тем самым улучшение общественного здоровья.** Здоровье населения как социально-экономическая категория представляет собой важнейший элемент национального богатства. Для поддержания здоровья потребляется определенная часть национального дохода, но и для производства материальных благ здоровье тоже «потребляется» как ресурс. В известной мере здоровье – есть функция, зависящая от состояния производства и окружающей среды, поведения людей и качества продуктов питания. В принципе, средняя продолжительность предстоящей жизни может быть главным показателем эффективности производственной и непроизводственной сферы национального хозяйства, всей экономики страны. Это необходимо учитывать также при оценке эффективности управления сферой здравоохранения. Е. Бурганская (1995) выделяет следующие основные особенности организации здравоохранения, которые требуют особых, по сравнению с другими отраслями национального хозяйства, подходов знаний и навыков, дополняющих основополагающие и единые для всех отраслей принципы управления:

1. **Цели учреждений здравоохранения существенно отличаются от целей любой другой отрасли.** Дело не только в том, что они сложнее, но и в том, что измерить результаты очень трудно. Ведь в отличие, например, от промышленности, возможность применения количественных показателей ограничена. Много хорошо проведенных, но ненужных процедур, где есть лишь показатель продуктивности лечебного учреждения, но никак не эффективности его работы. Поэтому и администраторы, и клиницисты должны быть озабочены не только тем, сколько оказано медицинских услуг, но, в первую очередь, тем, каков же результат?

2. В отличие от типичных бизнес-организаций в учреждениях здравоохранения руководителям доступна меньшая степень контроля над деятельностью, по крайней мере, части своих сотрудников. Речь идет о врачах. Профессиональная автономность врачей особенно ощутима для администраторов большинства американских больниц, где врачи работают по специальному контракту, не входя в штат больницы. Однако и в России, как и в других европейских странах, такая автономность тоже, безусловно, существует. По нашему глубокому убеждению, определенная доля автономности свойственна и корпусу медицинских сестер.

3. Отличительной чертой организации здравоохранения, с кадровой точки зрения, является высочайшая специализация медицинских кадров и в то же время взаимозависимость различных профессиональных групп. Это не только требует коллективного подхода к выполнению стоящих перед организацией задач, но и создает дополнительные трудности и стрессовые ситуации, которые руководству медицинских организаций приходится преодолевать.

4. Финансирование организаций здравоохранения также отличается от других отраслей, будь то промышленность, бытовые услуги, образование и т. п. Проблема финансирования, пожалуй, — одна из самых болезненных проблем сегодняшнего российского здравоохранения. Следует учитывать то обстоятельство, что при разработке механизмов компенсации лечебным учреждениям за оказываемые услуги необходимо помнить, что в любой системе заложены определенные стимулы как для плательщиков, так и для тех, кто предоставляет медицинские услуги. При финансировании по количеству койко-дней не нужно удивляться экстенсивности развития лечебных учреждений — излишнему количеству коек, неоправданно большой длительности госпитализации. При оплате по факту оказанных медицинских услуг рано или поздно возникает вопрос контроля за правомочностью назначения тех или иных процедур. При оплате по количеству пролеченных больных необходимо уделять должное внимание критериям качества, не позволяющим выписать больного раньше необходимого срока. Вопросы финансирования здравоохранения зачастую непосредственно связаны с вопросами доступа к медицинской помощи. Система финансирования должна способствовать реальной деятельности медицинских учреждений.

Даже неполное перечисление особенностей организации здравоохранения показывает, что **управлением здравоохранения должен заниматься специалист, знающий не только науку и практику менеджмента, но и владеющий основами медицинских знаний.** Этим требованиям в настоящее время вполне может удовлетворять выпускник факультета высшего сестринского образования, имеющий квалификацию «менеджер». Итак, возникает вопрос: а что это за специалист — менеджер?

Менеджеры — это определенная категория людей, осуществляющих работу по управлению. Их роль велика не только в огромных многоуровневых и разветвленных структурах управления, но и в малых и средних предприятиях и учреждениях разных сфер национального хозяйства. И от умения управлять последними во многом зависит их судьба — выжить, устоять, вырасти, — все это вопрос эффективного менеджмента.

Согласно вышеназванному Глоссарию ВОЗ (1994), **manager — менеджер, руководитель — лицо, отвечающее за проведение мероприятий, программы, проекта и т. д. систематически и в соответствии с рядом правил и с учетом организационных условий и обстоятельств.**

Mintzberg определяет десять ролей, выполняемых менеджером:

- межличностные роли — глава, лидер, связующий (ведущий);
- информационные роли — проверка, распространение, выражение или представление всеобщих мнений (руководитель);
- роли, связанные с принятием решений, предприниматель, устранение беспорядков, распределение ресурсов, ведение переговоров (налаживающее лицо).

Сочетание различных ролей и функций меняется в зависимости от специфики профессии или работы:

Manager Lower (or first) level — руководитель низового (первичного) звена. Руководитель, находящийся на техническом уровне управления, непосредственно над рядовым исполнителем. В качестве примера низового звена в сестринском деле выступает старшая медицинская сестра.

Manager Middle level — руководитель среднего звена. Руководитель, координирующий и контролирующий деятельность среднего звена. В сестринском деле руководите-

лем среднего звена является главная медицинская сестра учреждения.

Manager Top level — **руководитель высшего звена.** Руководитель, отвечающий за принятие важнейших решений для организации в целом. В учреждении здравоохранения руководителем высшего звена является главный руководитель этого учреждения (главный врач больницы).

Nurse Manager — **сестра-менеджер** (медицинский менеджер). Медицинская сестра, обладающая полномочиями на выполнение руководящей, лидирующей роли. К ее обязанностям относятся: подбор кадров и повышение их квалификации и, когда это необходимо, их перегруппировка. Ее функции часто связаны с руководством медицинскими сестрами и сестринской деятельностью вообще, включая поддержание профессиональных стандартов и нормативов на должном уровне.

Итак, менеджер — это руководитель-профессионал, работающий по найму, это руководитель предприятия или учреждения в рыночной экономике. Это новый тип руководителя, у которого в отличие от руководителя периода «культы и застоя» появляется новая цель: вместо работы на количественные показатели плана — работа на прибыль, на спрос, на удовлетворение потребностей населения. Второе отличие управляющего с характерными чертами менеджера от традиционного руководителя прежних лет жизни нашего общества — это переход к экономическим методам управления. Вместо жесткого административного подавления, культивировавшего страх и безропотное подчинение, пробуждение внутреннего интереса работающих, учет мотивов деятельности, использование новых стимулов к производственному, качественному труду.

Экономические методы управления породили еще одну важнейшую, неведомую ранее черту менеджера и менеджмента, — **работу по рациональному распределению всевозможных ресурсов предприятия:** денег, рабочей силы, сырья, топлива, материалов. В плановой экономике директор даже самого крупного предприятия к ресурсам не допускался. Получаемые им деньги и другие материальные ценности были уже заранее, без его участия, расписаны «сверху» по графам, лимитам и фондам. Попытки перейти из одной графы в другую жестоко карались. Рыночная экономика

делает менеджера—директора, так же, как и частного предпринимателя—индивидуала, полным хозяином своих ресурсов. И перед руководителем подразделения и в целом лечебно-профилактического учреждения встает вопрос: как распорядиться ресурсами? Как лучше, с пользой для дела, потратить деньги, использовать оборудование, кадры и т. п.? И это не праздные вопросы.

Последовательное развитие экономического механизма в здравоохранении ведет к тому, что медицинское учреждение в конечном итоге сможет получить средства на свое содержание, отработывая их путем продажи медицинских услуг. Рынок, система страхования здоровья делают медицинскую услугу тем, чем она и должна быть, т. е. товаром. Но цена любого товара определяется не только затратами на его изготовление, но также потребительскими свойствами, качеством. Каждый пациент заинтересован лечиться у наиболее компетентного врача, в наиболее престижном учреждении, в чем ему будут оказывать содействие страховые компании. Следовательно, в условиях рынка, а значит и конкуренции, ряд лечебных учреждений не смогут стать рентабельными, если качество оказания медицинской помощи в них не будет удовлетворять пациента. Поэтому эффективность управления медицинским учреждением, его подразделениями и персоналом становится под силу руководителю—менеджеру.

Следующая отличительная черта менеджера — способность к новациям. Менеджер — новатор по природе, ведь рынок — это прежде всего новшества; без новых товаров и новых услуг на него просто не пробиться. Вместо пресловутого «чувства нового», которое столь старательно и безуспешно воспитывали много лет (на деле пришли ко всеобщему признанию что «инициатива наказуема»), менеджеров обучают конкретным приемам и формам научно-технического прогресса, поощряя смелую изобретательскую мысль, деловую сметку, трезвый расчет.

С новациями связаны и такие не поощрявшиеся ранее качества руководителя—хозяйственника, как способность к прогнозу и риску. Риск всегда находился у нас под подозрением. В жесткой плановой системе он рассматривался как попытка уклониться от руководящих предначертаний. Сейчас без риска не может работать ни один менеджер.

Риск становится воистину «благородным делом». И этому делу также необходимо учиться.

Овладение профессией менеджера предполагает также следование ряду правил «нужного тона», начиная с одежды и внешнего вида, и кончая стилем и методами работы с людьми. Не последнее место в жизни менеджера занимает и юмор — своеобразный тест на живость и гибкость ума. В современных условиях ценен тот руководитель, который знает свое дело, умеет хорошо управлять, добиваться поставленных целей. Этому способствует его образование, внешние атрибуты, а также знание английского языка применительно к нашим условиям.

В зависимости от стиля управления можно выделить три типа руководителя:

- **руководитель автократичный**, имеющий достаточный объем власти, чтобы навязать свою волю исполнителю;
- **руководитель демократичный**, который старается не навязывать свою волю подчиненным и исходит из предположений, что люди мотивированы потребностями высшего уровня;
- **руководитель либеральный** — это руководитель, который дает своим подчиненным почти полную свободу в выборе рабочих задач и контроле за своей работой.

Развитие бюджетно-страховой медицины и рыночных отношений подчеркнуло существующие проблемы в области управления здравоохранением. **Основными целями перевода здравоохранения на новые условия хозяйствования** являются: более полное удовлетворение потребностей населения в квалифицированной медицинской помощи; обеспечение гарантированности, доступности ее всем слоям населения, эффективного использования кадровых, материальных, финансовых ресурсов и научного потенциала общества, направленных на улучшение здоровья населения. Происходит выработка экономичной, но и одновременно высокоэффективной системы первичной медико-социальной и санитарной помощи, основанной на принципах общеврачебной (семейной) практики. **В рамках ПМСР роль медицинских сестер, их самостоятельность значительно возрастает.**

В настоящее время ощущается недостаток профессиональных кадров, имеющих специальные знания по управлению. Это относится к руководству и управлению на всех

уровнях, в том числе и на уровне сестринского звена. Сегодня медицинские сестры, как руководители различных служб и подразделений лечебно-профилактических учреждений, в значительной мере определяют характер и качество медицинских услуг, оказываемых населению. Укрепление лидирующей роли сестринского персонала поможет в решении неотложных проблем на всех уровнях медицинской помощи.

Причинами слабого использования этих ресурсов здравоохранения являются: отсутствие рациональной организации сестринского дела, четкого определения их служебных обязанностей, а главное — недостаток в квалифицированных менеджерах. До сих пор медицинская сестра не имеет авторитета в решении организационных вопросов. При назначении на должность руководителя (например, главной или старшей медицинской сестры) учитываются лишь профессиональные знания и опыт по уходу за больными, стаж работы в данном лечебно-профилактическом учреждении, а не знания по управлению подразделением и организации сестринского дела.

Исследования, проведенные специалистами ВОЗ, показывают, что помимо перечисленных навыков и знаний, **успешное руководство зависит** от следующих факторов:

- образования в области администрирования;
- умения планировать работу;
- участия в принятии ответственных решений;
- умения вести финансовые дела;
- наличия таких качеств как решительность, интеллигентность, добросовестность, оптимизм.

С целью определения готовности старших и главных медицинских сестер работать в условиях реформы здравоохранения, работниками Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии — проф. И. В. Поляковым, В. А. Петрацевичем, О. Т. Гончаренко, Н. С. Кабушко, проводился в 1994 году опрос старших и главных сестер поликлиник Санкт-Петербурга. Им было предложено заполнить специальные анкеты (опросные листы), в которых предлагалось оценить время, затрачиваемое на отдельные виды работ, а также выделить и охарактеризовать функции управления в своей деятельности. Полученные данные показали, что старшие медицинские сестры поликлиник основную долю своего рабочего времени заняты

управлением работы своих подразделений (около 70%). Ими были выделены следующие функции управления:

- организационная работа — 15% рабочего времени;
- организация и контроль за соблюдением санитарно-эпидемического режима — 20%;
- контроль за деятельностью среднего и младшего медицинского персонала — 15%;
- работа с документами (составление отчетов, графиков) — 15%;
- взаимосвязь с другими подразделениями — 5%.

К функциям управления старшие медицинские сестры относят и проведение учебно-воспитательной работы среди среднего медицинского персонала. В свою очередь, анализ рабочего времени старших медицинских сестер подразделений показал, что большую часть своего времени они выполняют основные функциональные обязанности. Так, старшие сестры терапевтических отделений 61% рабочего времени проводят на приеме с заведующими отделениями. Остальную часть времени используют на организацию контроля за работой среднего и младшего медицинского персонала (10,5%), взаимосвязь с работой других подразделений (9,5%), отчеты (11,3%).

Старшие медицинские сестры травматологических отделений 70% рабочего времени тратят на выполнение основных функциональных обязанностей (прием с врачом-травматологом — 50%, автоклавирувание — 20%). Организация работы в отделении занимает 10%, работа с документами — 11%. Заметно малую долю времени они отводят организации и выполнению мероприятий по соблюдению санитарно-эпидемического режима (6%).

Анализ работы старших сестер физиотерапевтических отделений показал, что на организацию работы своего подразделения у них уходит 60% рабочего времени, 5% — на контроль за работой медицинского персонала отделения. В понятие функции управления они включают проведение инструктажа по технике безопасности. При этом организация работы подразделения проводится исключительно путем составления графиков и отчетов.

В ходе опроса старших медицинских сестер дошкольно-школьно-подростковых отделений было выявлено, что управленческие функции являются ведущими и занимают 85% рабочего времени: работа с кадрами — 25%, органи-

зация работы отделения — 30%, взаимосвязь с другими подразделениями — 30%.

В целом, результаты исследования показали, что функции управления ограничиваются, в основном, лишь организацией работы подразделения, контролем за их работой, введением отчетной документации. Медицинская сестра, занимающая административную должность, должна иметь более четкое представление о тех функциональных обязанностях, которые она будет выполнять на посту руководителя.

Проведенное исследование позволило констатировать, что у сестер-руководителей нет достаточной самостоятельности. Они не участвуют в решении экономических, правовых вопросов. Это делает актуальным повышение образовательного уровня медицинской сестры, целенаправленно готовить руководящие кадры для лечебно-профилактических учреждений в сфере организации сестринского дела.

Медицинская сестра-руководитель должна выполнять следующие функции:

- инспектировать работу среднего медицинского персонала;
- координировать работу подразделения;
- участвовать в планировании ресурсов и программ работы лечебно-профилактического учреждения;
- контролировать установленные стандарты для оценки качества работы;
- обеспечивать непрерывное поступление информации;
- вести отчеты о работе;
- управлять и распределять обязанности среди персонала;
- участвовать в подготовке и обучении персонала;
- определять структуру и политику медицинского учреждения.

Таким образом, для повышения уровня руководства на всех этапах управления лечебно-профилактическим учреждением необходимо участие менеджеров. Вместе с тем, в наше время целью любого начинания и деяния является материальная выгода, которая в медицинской сфере возможна путем введения новых услуг или повышения качества уже имеющихся.

Сестра-руководитель лечебно-профилактического учреждения должна всю свою работу направлять на повышение

качества обслуживания больных, а для этого ей необходимо решить две основные задачи: проблему материально-технического обеспечения отделений и кадровую политику.

Рассмотрим первую проблему — **материально-техническое обеспечение отделений**. Она включает в себя обеспечение отделения необходимыми медикаментами, техническими средствами и материалами. Отделение должно быть оснащено по последнему слову науки и техники соответственно профилю. Не имеет смысла оснащать отделения лишними средствами и материалами, тем более, если они не используются в данных отделениях. Таким образом, сестра-руководитель должна следить за обеспечением больницы материально-техническими средствами, а для этого она должна знать потребности отделений в этих средствах. С решением данной проблемы непосредственно связано ее участие в работе с поставщиками.

Работники отделений должны быть достаточно подготовлены для работы на новой аппаратуре и с новыми материалами. Таким образом, материально-техническое оснащение больницы и других лечебно-профилактических учреждений плавно переходит в проблему медицинских кадров, которая также должна быть в поле зрения сестры-руководителя.

Главная сестра лечебно-профилактического учреждения должна максимум своего внимания уделять вопросу подбора среднего медицинского персонала различных отделений. Лишь квалифицированные специалисты могут оказать услуги на необходимом уровне.

Решение этой проблемы включает в себя несколько направлений:

- прием на работу среднего медицинского персонала с учетом квалификации работника и профиля отделения;
- повышение квалификации сотрудников отделений путем прохождения или курсов повышения квалификации, аттестационных комиссий, или получения специализации по различным направлениям;
- работа с будущими медицинскими сестрами, фельдшерами, лаборантами посредством связей со средними медицинскими учебными заведениями;
- повышение качества исполнения обязанностей и использования возможностей каждым сотрудником лечебно-профилактического учреждения;

– воспитание на личном примере деловых качеств персонала: самостоятельности, изобретательности, дисциплинированности и др.;

– поощрение и внедрение нового в рабочий процесс отделений.

Любое позитивное начинание своих подчиненных должно быть замечено и одобрено, независимо от степени его полезности, т. к. это одобрение является стимулом к новым изобретениям и внедрениям.

Разумеется, сама сестра-руководитель лечебно-профилактического учреждения не должна дни и ночи проводить в отделениях, ориентируясь в их заботах. Ее главная функция – организация работы подчиненных. Их деятельность должна быть поставлена так, чтобы отделения своими силами и методами могли самостоятельно решать большинство проблем, оставляя сестре-руководителю лишь малую часть таковых.

В настоящее время, независимо от отрасли профессиональной деятельности, каждый руководитель должен:

ОБЛАДАТЬ	↳ способностями ↳ знаниями ↳ индивидуальными качествами	организаторскими предпринимательскими педагогическими экономическими юридическими техническими психологическими менеджмента политическими культуры ответственностью целеустремленностью инициативностью работоспособностью дисциплинированностью трудолюбием
	↳ стратегически ↳ экономически ↳ пространственно ↳ взаимосвязано ↳ логично	
	МЫСЛИТЬ	

ЗНАТЬ	→ стратегию и тактику объекта управления	экономические, административные социально-психологические	
	→ методы управления	персоналом, финансами технологиями, рынком объемами, качеством и временем	
	→ объект управления	организационную структуру структуру товара или услуги структуру основных фондов и оборотных средств структуру персонала и способов мотивации труда	
	систему, в которую	основных поставщиков и потре- бителей товаров и услуг логистику предприятия	
	→ входит объект управления	ассоциация, акционерные об- щества производственные объединения концерны и т. п.	
	систему контактов	потребителей товара и услуг (заказчики) конкурентов (основных) на рынке	
	→ объекта	поставщиков сырья, энергетичес- ких ресурсов, подрядчиков по кооперативным связям банки, биржи, предприятия, фирмы, ассоциации, акционер- ные общества	
	управления	инспекции финансовые, безопас- ности труда, экологические, са- нитарная, пожарная, правовая, таможенная, государственные, профсоюзные и другие общест- венные организации региона	
	БЫТЬ		честным
			предприимчивым
		компетентным	
		преданным своему предприятию	
		коммуникабельным	
	решительным		

СОБЛЮДАТЬ

законь
кодекс чести менеджера

УМЕТЬ

определить стратегию предприятия
ставить цели и задачи
анализировать
планировать
рисковать
управлять персоналом, финансами,
производством, качеством
находить компромиссные решения
предвидеть

Основными требованиями к менеджеру являются:

- умение эффективно управлять персоналом;
- разбираться в законах и условиях функционирования предприятия;
- мыслить стратегическими категориями.

Наконец, в нашей литературе можно найти ряд весьма интересных и полезных практических рекомендаций, которые позволят во многом определить себя как менеджера, выработать определенный **стиль руководства (Leadership style)** под которым понимается «**привычная манера поведения руководителя по отношению к подчиненным в процессе достижения целей организации**» (Глоссарий МАНГО, 1994). Вот некоторые из них:

1. Как можно меньше говори «Я», а больше «Мы».
2. Кто не может управлять собой, тот не может управлять и другими.
3. Если то, что делают твои сотрудники, в корне не расходится с твоими представлениями, дай им максимум свободы.
4. Умей забывать старые ошибки и проступки подчиненных.
5. Будь немногословен.
6. Будь всжив, терпелив. Помни, брань – признак слабости, бессилия.
7. Шути сам и позволяй шутить подчиненным.
8. Не бойся, если твой подчиненные компетентнее тебя в своем деле.
9. Отмечай каждое начинание сотрудников.

10. Не делай замечания подчиненному не только в присутствии его подчиненных, но и вообще в присутствии третьих лиц.

11. Не используй своей власти до тех пор, пока не исчерпаны все «мирные» средства, но в последнем случае применяй власть в полную силу.

12. Открыто признавай свои ошибки.

Из всего сказанного очевидно, что старые партийно-советские методы подбора и расстановки кадров руководителей себя изжили. На их место приходят современные методики психологического тестирования. И столь же очевидно, что новые подходы к работе в учреждениях здравоохранения прививаются крайне медленно. Этому мешают укоренившиеся старые традиции, отсутствие средств, текучка, которая не позволяет видеть перспективу.

Один из специалистов США в области качества Дж. Харингтон отмечал, что «единственный путь внедрения эффективных и постоянных усовершенствований, повышения качества любой работы — изменение системы управления и контроля текущих процессов». Следовательно, если мы хотим решить проблему качества медицинской помощи, качественного выполнения любой работы, проводимой в лечебно-профилактическом учреждении, мы должны создать систему управления и контроля текущих процессов.

В настоящее время можно выделить три основные концепции управления:

1. **Административно-командная система**, которая предусматривает организацию управления, как иерархическую систему элементов и уровней управления, их взаимосвязи строятся по вертикали и они строго формализованы.

2. **Социально-психологическая концепция построения системы управления.** В основе ее лежит воздействие управленческих решений на систему человеческих отношений, которые выходят за рамки производственных, экономических отношений. Сюда относятся неформальные структуры учреждения, система мотивации к труду, групповые организации и их решения. Здоровые межличностные отношения — основа успеха производства, при этом сторонники этого направления исходят из того, что:

— человек — это прежде всего социальное существо, которое живет в организации, имеет свои интересы, отличающиеся от интересов организации;

– решающее значение для успеха организации имеет учет не столько индивидуальных, сколько групповых интересов, которые выражаются через неформальные структуры-группы;

– формирование человеческих отношений зависит от управляющего, через отбор кадров с учетом совместимости работников в их повседневной деятельности.

3. **Системный подход**, который предусматривает сочетание разных способов управления. Наиболее ярко эта концепция представлена в Японии, так называемая система управления – «Счастливым атом», в основе построения такой организации лежат «совместные ценности» (рис. 6):

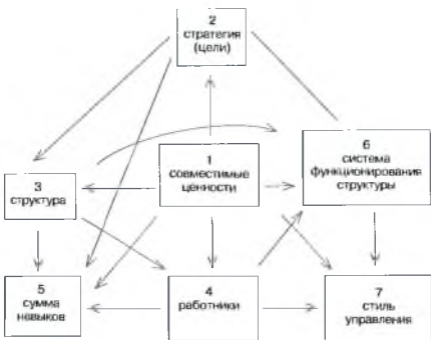


Рис. 6

Лишь на основе применения последней схемы управления можно добиваться достижения оптимальных показателей развития.

Главная медицинская сестра, организуя свою работу по управлению сестринской службой, должна исходить из следующих правил построения системы управления:

- ориентация на действия, на достижение целей управления (надо то, то и то);
- лицом к потребителю (учиться у клиента);
- проявлять самостоятельность и предприимчивость (особую поддержку оказывать лидерам и новаторам);
- производительность труда зависит от человеческих качеств, от человека, от уважения к индивидуальности;
- целостное управление связано с жизнью;
- верность своему делу;
- простота форм и скромность штатов управления;
- не тревожиться об отсутствии должности, а о том, чтобы быть достойным этой должности;

Управление осуществляется на основе методов управления. Метод управления – это совокупность способов воздействия субъектов управления на объект управления. Существуют основные методы управления: экономические, административные, социально-психологические, правовые и вспомогательные – организационно-экономические, экономико-математические, социологические, графические.

При этом следует помнить, что воздействовать на человека можно задевая:

- духовные интересы – социально-психологические методы;
- материальные интересы – экономические методы;
- право осознания своего места в обществе – правовые методы;
- поведение и действия человека – административные методы (сейчас чаще применяются эти методы).

В последние годы наибольшее признание получил программно-целевой подход к управлению, суть которого можно свести к четырем основным разделам:

1. Выработка целей организации с различными подходами к достижению этих целей.

2. Изучение и использование различных ресурсов – временных, финансовых, людских, т. е. их всесторонний анализ (если нет ресурсов, то попробовать изменить подход).

3. Построение моделей управления: экономических, графических, математическо-экономических для того, чтобы определить, как будет работать выбранная система управления.

4. Критерии реализации и программы управления.

Системный подход, применяемый при решении и разрешении того, что представляется проблемой, строится на следующих принципах:

- деперсонализация (обезличивание) конфликтной ситуации;

- обеспечение логических рамок или начал, способствующих выявлению фактов, с тем, чтобы решение или разрешение конфликтной ситуации определялось не столько отдельными людьми, сколько самими фактами;

- обеспечение интегрирования стоящих перед организацией задач и работающих над их решением людей.

Ориентированный на практические действия процесс разрешения проблем разделяется на следующие стадии:

- выявление проблемы;
- постановка цели;
- постановка приоритетов и планирование;
- обсуждение методом «мозговой атаки» нынешних условий и возможных причин проблем;

- сбор статистических данных;

- организация данных;

- анализ причин;

- обсуждение альтернативных решений;

- принятие решений;

- выполнение;

- применение профилактических действий.

Выбор системы управления во многом зависит от организационно-правовой формы лечебно-профилактического учреждения. Медицинское учреждение создается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Основными документами, утверждающими решение собственника о содержании и должности медицинского учреждения, являются:

- решение собственника (учредителя) о создании медицинского учреждения;

- положение о деятельности медицинского учреждения;

- приказ собственника (учредителя) о назначении руководителя данного учреждения.

Нередко при управлении медицинским учреждением в условиях рыночной экономики следует учитывать внешнюю среду, в которой функционирует данное учреждение. **Медицинское учреждение существует в следующих средах:**

— бизнес-среда — поставщики, потребители, конкуренты;
— проблемно-целевая среда — собственники учреждений, финансовые учреждения (банки, страховые компании, фонды), налоговая служба, правительственные структуры, рынок труда;

— макросреда — экономическая и политическая структура государства, социокультура, технологии и т. д.

Изучение этой среды позволяет оценить возможности медицинского учреждения к развитию в конкретных условиях.

Лидерство и управление

Лидер — это член группы, за которым группа признает право принимать ответственные решения в значимых для нее ситуациях, т. е. наиболее авторитетная личность, реально играющая центральную роль в организации совместной деятельности и регулировании взаимоотношений в группе.

Лидер может быть наделен тремя видами полномочий:

а) полномочия, даваемые положением;

б) авторитет, даваемый личностью;

в) авторитет знаний.

Лидер организации — лицо, эффективно осуществляющее формальное и неформальное руководство и лидерство в организации.

Если Вы стали менеджером, то Вы должны помнить:

1. Лидерство — существенная сторона менеджерской деятельности.

2. Лидерство — это способность человека управлять людьми с учетом их наклонностей и желаний. Лидерские навыки развиваются и совершенствуются.

3. Перед менеджером всегда стоит дилемма: «Что важнее — дело или люди?». Предпочтение надо отдать людям. Будет внимание к людям, будет и успех дела.

4. Стиль руководства должен соответствовать сложившейся в рабочей группе ситуации. Все стили в известной степени хорошие, плохих стилей в природе нет.

5. Разница между посредственным и хорошим менеджером состоит в том, что первый — старается командовать, а второй — руководитель — вести за собой людей. Второму приходится труднее, в условиях рыночных отношений побеждают «трудяги».

В классической работе Теда Энгстрема «Формирование христианского лидера» приведено сравнение соотношений лидерства и управления:

- а) Лидерство — это качество,
Управление — это наука и искусство.
- б) Лидерство дает нам видение,
Управление — реальные перспективы.
- в) Лидерство связано с концепциями,
Управление — с функциями.
- г) Лидерство опирается на веру,
Управление — это работа с фактами.
- д) Лидерство — это стремление к результату («делаем то, что должно»);
Управление же имеет своей целью «эффективность» («делаем должным образом»).
- е) Лидерство — это работа с потенциальными ресурсами,
Управление же подразумевает наиболее эффективную мобилизацию уже имеющихся ресурсов.
- ж) Лидерство направлено на руководство,
Управление — на контроль.
- з) Лидерство преуспевает в поисках возможностей,
Управление — в осуществлении задуманного.

Медицинскому менеджеру, чтобы успешно осуществлять управленческие функции, нужно уметь вести за собой подчиненных. Лидерские действия в современном менеджменте преобладают во всех направлениях профессиональной деятельности руководителя любого ранга. Трудовой процесс протекает в определенных социальных группах. И в каждой такой группе имеется человек, к которому прислушиваются и присматриваются другие люди и который оказывает влияние на окружающих, главным образом, по двум социально-психологическим каналам:

— по каналу авторитета (члены группы признают преимущество лидера перед другими в силу его положения, опыта, мастерства, образования и т. д.).

— по каналу харизматических свойств — человечность, обходительность, нравственность (charisma — влияние, основанное на свойствах личности руководителя или его способности привлекать сторонников).

Лидер — существенное звено социальной группы. По мере становления и развития того или иного подразделения складывается иерархия лидеров. Тут начинают дей-

ствовать и **формальные, и неформальные лидеры**. Первые получают полномочия руководить людьми из рук вышестоящей инстанции, вторые становятся лидерами по признанию окружающих.

Окружающие воспринимают лидера по четырем моделям:

— **«один из нас»**. Предполагается, что образ жизни лидера идентичен образу жизни любого члена социальной группы. Лидер, как и все, радуется, переживает, негодует и страдает; жизнь приносит ему и приятное и неприятное;

— **«лучший из нас»**. Лидер является примером для всей группы как человек и как профессионал. В связи с этим, поведение лидера становится предметом подражания;

— **«воплощение добродетелей»**. Считается, что лидер является носителем общечеловеческих норм морали. Лидер разделяет с группой ее социальные ценности и готов их отстаивать;

— **«оправдание наших ожиданий»**. Люди надеются на постоянство поведенческих действий лидера независимо от меняющейся обстановки. Они хотят, чтобы лидер всегда был верен слову, не допуская отклонений от одобренного группой курса поведения.

Не каждому руководителю (менеджеру), даже профессионалу технократического толка, дано стать лидером. Таковым может быть человек, обладающий определенными **качествами:**

— **честность** — полная ясность по поводу соблюдения норм общечеловеческой морали;

— **интеллект** — быстрота, гибкость и прогностичность ума; устойчивое внимание, умение владеть речью, любознательность;

— **способность понимать людей** — способность видеть в человеке личность; способность сопереживания; стремление обогатить человека духовно;

— **устойчивость взглядов** — адекватная реакция на ситуацию; контроль над эмоциями; постоянство действий;

— **уверенность в себе** — стремление брать на себя ответственность; осведомленность о своих достоинствах и недостатках; настойчивость в достижении цели;

— **скромность в быту** — отсутствие устремленности к роскоши; рационализм в обращении с вещами; склонность к самообслуживанию;

— **эрудированность** — широта и глубина познания в различных областях науки и техники; хорошая осведомленность в философии, политологии, истории; знания в области человековедения.

Т. Энгстром указывает несколько иной список ключевых черт лидера. Первая черта — **энтузиазм**. Эта черта подразумевает оптимизм и надежду. Еще ни один пессимист не становился крупным лидером. Для пессимиста любые возможности полны трудностей, оптимист же в каждом препятствии видит открывающиеся возможности. Лидер всегда мыслит позитивно. Вторая черта — **надежность**. Лидер честен и открыт во всех своих делах и взаимоотношениях. Лидер должен быть достоин доверия тех, кто следует за ним. Он должен быть глубоко порядочным человеком. Третья черта — **дисциплинированность**. Лидер способен вести за собой других, потому что и сам умеет подчиняться приказам. Человек с задатками лидера будет работать, когда другие попусту тратят время, будет учиться, когда все остальные спят. Четвертая черта — **уверенность**. Если лидер не верит в себя, никто в него не поверит. Пятая черта — **решительность**. Когда все факты налицо, истинный лидер быстро найдет четкое решение. Он не поддается искушению оттянуть момент выбора. Нерешительность в чрезвычайной ситуации свидетельствует о неспособности руководить. Шестая черта — **мужество**. Самый мужественный человек тот, кто больше всех боится, но умеет преодолеть свой страх. Какими бы робкими не были лидеры, отмеченные Богом, они повиновались призыву «Будьте тверды и мужественны». Седьмая черта — **юмор**. Иначе говоря, способность подмечать смешные или странные стороны жизни. Хороший лидер знает, как важно умение рассмешить. Восьмая черта — **верность**, то есть постоянство, стойкость и преданность делу. Отсутствие верности у лидера может разрушить организацию. Группа должна быть верна лидеру, но и лидер обязан быть верным своей группе.

Указанные выше качества являются основополагающими для лидерского потенциала.

Поскольку лидерство внутренне присуще групповой деятельности, а медицинские сестры объединены в групповую структуру, то **лидерство и менеджмент взаимообусловлены**. Лидер необходим группе как символ единения, как

наставник, как опора в сложном взаимодействии с руководством и другими группами. Однако влияние лидера на психологический климат и трудовой настрой рабочей группы может быть положительным и отрицательным. В последнем случае деятельность лидера будет нежелательной. Поэтому **процессом лидерства нужно управлять**. Сама процедура управления проста и состоит в следующем:

- **учет психологических закономерностей функционирования социальной группы** (спонтанное проявление групповых реакций, реализация внутригрупповых целей, функционирование неформального лидера);

- **учет предписанных группе целей производства;**

- **создание комбинации из неформальных и навязанных действий** (организация рабочей группы с чертами неформальной, переплетение внутренних и внешних целей; осуществление менеджером функций неформального лидера).

Менеджер, становясь лидером, осуществляет свои управленческие функции (планирование, организацию, мотивацию, контроль) через призму неформального лидера. **Лидерство включается в систему управления по трем направлениям:**

- **организация и коррекция деятельности работников:** постановка ясных целей, координация усилий, очерчивание результатов, выполнение роли ведущего;

- **мотивирование деятельности подчиненных:** воодушевление целенаправленного поведения, удовлетворение индивидуальных и групповых потребностей, вселение уверенности, увлечение людей своим примером, создание групповой синергии (наглядный показ того, что совместная групповая деятельность – это нечто большее, чем арифметическая сумма индивидуальных усилий);

- **обеспечение представительства группы:** представление интересов группы за ее пределами, поддержание равновесия между внутренними и внешними потребностями группы, определение перспективы развития группы.

Таким образом, лидерство представляет собой существенный компонент деятельности менеджера, связанный с оказанием целенаправленного влияния на поведение отдельных лиц или целой рабочей группы, инструментами такого влияния выступают навыки общения и личные качества менеджера, отвечающие внешним и внутренним потребностям группы.

Лидерский потенциал и потенциал в деятельности менеджера является мощным фактором оказания влияния на подчиненных. Любой менеджер должен иметь достаточно каналов для исследования своей власти. В настоящее время можно выделить семь разновидностей власти.

1. **Власть принуждения.** Это побуждение людей к деятельности вопреки их желанию. Данный вид принуждения основан на страхе перед наказанием. В качестве инструментов принуждения выступают замечания, выговоры, штрафы, увольнения, перевод на низкооплачиваемую работу и т. д.

2. **Власть влияния.** Взаимодействие менеджера с влиятельными лицами (с шефом, с вышестоящими эшелонами руководства) дают ему косвенную силу власти. Подчиненные, общаясь со своим начальством, ощущают не только властную функцию непосредственного начальника, но и начальника, стоящего над ним. Эта сила власти приобретает совокупный характер.

3. **Власть компетенции.** Менеджер в силу своей профессиональной подготовленности, становится наделенный правом выступать в качестве эксперта и «судьи» практически по всем вопросам производства. Подчиненные воспринимают это как разновидность власти.

4. **Власть информации.** Люди постоянно испытывают потребность в самой различной информации. Менеджер регулирует доступ информации к своим подчиненным. Тем самым он осуществляет на них властное воздействие — какова информация, таков и характер деятельности людей.

5. **Власть должностного положения.** Чем выше должностная позиция менеджера, тем выше степень его властного влияния на людей. Подчиненные, сталкиваясь с руководителем в процессе общения, прежде всего имеют дело с должностью — бригадиром, старшей медицинской сестрой, главной медицинской сестрой, заведующим отделением, главным врачом и т. д. Процесс общения сначала завязывается на вертикали (иерархии) подчинения и лишь потом, если менеджер проявит себя как лидер, приобретает горизонтальную выраженность.

6. **Власть авторитета.** Менеджер, пользующийся у подчиненных авторитетом, осуществляет свое влияние на них без демонстрации своей властной уполномоченности. Люди без протеста повинуются авторитетному руководителю.

7. **Власть награждать** (и миловать). Люди легко повинуются тому, кто имеет право и возможность награждать и миловать. Все хотят больше заработать, продвигаться по службе, пользоваться признанием. Человек, способный влиять на такие ценности, пользуется у людей признанием. Его власть может подняться до значительных высот.

Вместе с тем, для того, чтобы выступать в роли лидера и вести за собой людей, нужно пользоваться властью осмотрительно и учитывать зрелость рабочей группы и опытность работников (рис. 7).

Степень зрелости рабочей группы и применение каналов власти				
Стратегия зрелости рабочей группы	Высокая	Средний показатель		Низкий
	IV	III	II	I
Каналы власти	Компетенция	Авторитет	Награда	Принуждение
	Власть информации	Власть должностного положения		Власть влияния

Рис. 7

Подчиненные с низким уровнем зрелости, чтобы продуктивно осуществлять свою деятельность, нуждаются в постоянной коррекции. Менеджеру, наряду с другими средствами побуждения, приходится использовать здесь и силу принуждения. Однако, всегда необходимо помнить, что применение санкций принуждения (выговор, штраф) — не самоцель. Такие действия менеджера должны подвести работников к осознанию того факта, что нежелание следовать «правилам игры» влечет для них большие затраты. Умело применяя рычаги принуждения, менеджер может легко добиться от подчиненных необходимой степени лояльности. Обольщаться этим не стоит, так как гамма принуждения «работает» лишь по отношению к 10–12% работников. Для основной же массы людей (продвигаться по степени зрелости) эффективно действуют другие каналы власти.

На переходном рубеже от первой фазы зрелости ко второй, директивное управление, а также и принуждение, бывают еще необходимы. Однако здесь обнаруживает себя канал личных связей менеджера. Подчиненные, осознавшие связи и престиж руководителя за пределами своей группы, как бы добровольно отказываются от своей строптивости и принимают форму подчинения. На втором уровне зрелости они целиком переключаются на поиск вознаграждений. Менеджер должен пойти своим подчиненным навстречу. На третьем уровне зрелости открываются возможности для проявления власти авторитета и должностного положения. Особую роль, конечно, играют власть и сила авторитета. Обычно руководитель здесь действует, поддерживая хорошие личные взаимоотношения с подчиненными, демонстрируя им свое нравственное кредо, зажигая их примером скромности. При таких условиях подчиненные отвечают руководителю «той же монетой», тем самым добровольно позволяя ему осуществлять на них свое влияние.

На четвертом уровне зрелости подобные действия руководителя получают поддержку по другим каналам власти, которые характеризуются особой мягкостью и человечностью. Наиболее эффективно здесь проявляет себя власть компетенции. Подчиненному, действующему на высоком уровне зрелости, не требуется ни директив, ни указаний. Такой подчиненный хочет и может выполнить задачу самой высокой трудности. Он лишь ждет от руководителя нужного совета и профессионально ценной консультации. И если руководитель сумеет вовремя осуществить такую подачу информации, подчиненный оценит эти действия по достоинству.

Согласно концепции известного психолога Курта Левина (1890—1947), вся сложная гамма лидерства развивается по шкале между полярностями «автократия—невмешательство», соединенными между собой функцией «демократия» (рис. 8).

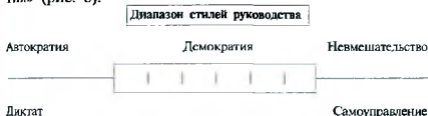


Рис. 8

Каждый человек имеет природную склонность или годами выработанное предпочтение в общении с людьми. Оказавшись у руля руководства, он склонен в большинстве случаев осуществлять какой-нибудь один стиль — **авторитарный** (тоталитарный, автократический), **демократический** (коллегияльный) или **стиль невмешательства** (анархический). Руководитель, действуя в рамках одного лишь стиля, обедняет свою деятельность. Надо помнить, что выбор стилей обуславливается рядом самых различных факторов. **Авторитарный стиль** соответствует ситуации, когда в группе обозначается кризис руководителя, а положение дел выходит из-под контроля. Другие стили лидерства или руководства персоналом не могут принести здесь никакой пользы. **Демократический стиль** необходим тем, где рабочая группа находится на высоком уровне зрелости, где наблюдается устоявшийся темп деятельности, порядок и дисциплина. **Стиль невмешательства** необходим в том случае, если рабочая группа доросла в своем развитии до того, что может эффективно действовать на началах самоуправления.

Чтобы стать и оставаться лидером, менеджер должен уметь прочувствовать ситуацию и избрать такой стиль своей деятельности, потребность в котором ощущают его подчиненные.

Группа — это человеческая общность, выделенная на основе **определенного признака** (например, возрастного, полового, национального, классового, профессионального и т. п.). **Малая группа** — относительно немногочисленная общность людей, находящихся в непосредственном общении. **Малые группы могут быть организованными (формальными) и неорганизованными (неформальными).**

Организованная (формальная, официальная) **группа** — социальная общность, имеющая юридический, фиксированный статус, члены которой в условиях общественного разделения труда связаны социально заданной деятельностью, организующей их труд.

Неорганизованная (неформальная, неофициальная) **группа** — социальная общность, характеризующая всеми признаками группы (сплотившейся системой межличностных отношений, совместной деятельностью и т. д.), но не имеющая юридически оформленного статуса.

Морально-психологический климат — это преобладающий в группе или коллективе относительно устойчивый психологический настрой его членов, проявляющийся во всех многообразных формах их деятельности. Морально-психологический климат определяет систему отношений членов коллектива друг к другу, к труду, к окружающим событиям и к организации в целом на основе индивидуальных, личностно-целостных ориентаций. Любые действия руководителя или члена коллектива (особенно отрицательного характера) сказываются на состоянии морально-психологического климата, деформируют его. И наоборот, каждое положительное управленческое решение, положительное коллективное действие улучшает морально-психологический климат. **Основой положительного благоприятного морально-психологического климата являются общественно значимые мотивы отношения к труду у членов трудового коллектива.** Оптимальное сочетание этих мотивов будет в том случае, если задействовать три компонента: материальную заинтересованность к данной, конкретной работе, непосредственный интерес к процессу труда, гласное обсуждение результатов трудового процесса.

Верный признак благоприятного морально-психологического климата — активное участие всех членов коллектива в управлении, которое может принять форму самоуправления. Другим признаком положительного морально-психологического климата является **высокая продуктивность коллективной работы.** Следующий признак — **развитые межличностные отношения, межличностные контакты в трудовом коллективе предприятия.** Можно отметить и такой признак как положительная установка коллектива на нововведения. В эпоху научно-технической революции, бурного развития техники и технологии производства, нововведения неизбежны в любом коллективе.

Можно заключить, что формирование положительного морально-психологического климата является одним из механизмов сплочения коллектива. Другим важным механизмом сплочения коллектива является **психологическая совместимость** его членов. Наличие даже двух несовместимых людей (особенно в малых коллективах) серьезно сказывается на атмосфере в самом коллективе. Особенно пагубны последствия, если несовместимыми окажутся формальный и неформальный лидеры или непосредствен-

но связанные должностными обязанностями руководители (например, бригадир — начальник цеха). В этих условиях лихорадить будет весь коллектив. Поэтому хотя бы кое-что знать о психологической совместимости необходимо всем, кто работает с людьми, формирует трудовой коллектив.

Особенность психологической совместимости состоит в том, что контакты между людьми опосредованы их действиями и поступками, мнениями и оценками. Несовместимость порождает неприязнь, антипатию, конфликты, а это отрицательно сказывается на совместной деятельности. Можно дать следующее определение понятию совместимости. Психологическая совместимость — это социально-психологическая характеристика группы, проявляющаяся в способности ее членов согласовывать (делать непротиворечивыми) свои действия и оптимизировать взаимоотношения в различных видах совместной деятельности. Если эффект совместимости чаще всего возникает в личных отношениях между членами коллектива, то эффект сработанности является результатом деловых отношений, связанных с производственной деятельностью.

Сработанность — показатель согласованности межличностного взаимодействия в условиях конкретной совместной деятельности. Сработанность характеризуется высокой продуктивностью совместной работы индивидов. Таким образом, основа сработанности — успешность и выгодность именно совместной деятельности, когда между ее участниками возникает согласованность действий. Для нормального функционирования коллектива особенно важна сработанность на уровне «руководитель—заместитель». Эта сработанность во многом зависит от формирования у деловых людей профессиональных и организаторских качеств. Все это необходимо учитывать предпринимателю при принятии управленческих решений, при подготовке, обучении и расстановке кадров.

Каждый человек индивидуален и неповторим. В коллективе работники отличаются друг от друга возрастом, образованием, стажем работы, профессиональным и жизненным опытом, целями и задачами, которые они ставят перед собой. Они отличаются также ценностями, установками и взглядами на возникающие в процессе работы проблемы. В результате этого в трудовых коллективах возникают конфликтные ситуации и конфликты.

Конфликт представляет собой противоречие, возникающее между людьми из-за несовпадения их интересов, взглядов, установок, стремлений. Конфликты выступают как отношения взаимного противодействия личностей и противоборства. Как правило, конфликту предшествует определенный период нарастания напряженности, неудовольствия, трудностей, которые называются конфликтными ситуациями. Таким образом, под конфликтной ситуацией понимают степень предпосылок, условий и причин еще не наступившего (потенциального) конфликта, напряженную ситуацию, угрожающую перерасти в открытый конфликт.

В любом конфликте, независимо от уровня протекания, могут лежать организационные, производственные и межличностные причины. Взяв за основу этот признак, можно разделить все конфликты на 3 группы: организационные, производственные и межличностные.

Организационный конфликт возникает в коллективе вследствие рассогласования формальных организационных начал и реального поведения членов коллектива. Например, если работник не выполняет требований должностной инструкции, установочные правила и нормы поведения. С другой стороны, конфликт может возникнуть, если сами требования, предъявляемые работнику, противоречивы, нечетки. Этому способствует низкое качество должностных инструкций, непродуманное распределение должностных обязанностей и т. д.

Производственный конфликт возникает в результате низкого уровня организации труда и управления. Причинами этого могут быть изношенная техника, технологическое оборудование, морально устаревший станочный парк, неприспособленные для нормальной работы служебные помещения и т. д. Преодоление этих конфликтов связано с внедрением научной организации труда, с опорой на экономические и психологические методы управления.

Межличностный конфликт — это конфликт из-за антипатии, личной неприязни друг к другу на основе несовпадения ценностей, установок, норм поведения, который возникает при отсутствии объективных внутрипроизводственных и организационных причин. Он может развиваться и на почве разногласий в производственной сфере. В этом случае деловая основа разногласий переходит во взаимную неприязнь или даже вражду.

Если организационный и производственный конфликт носит мобильный характер и может быть прекращен после устранения причин, его породивших, то межличностный конфликт зачастую протекает ожесточенно, враждебно, носит затяжной, длительный характер.

Каждый из конфликтов, независимо от причин его возникновения, имеет следующую структуру:

- стороны – участники конфликта;
- несовместимость ценностей и намерений сторон;
- поведение сторон характеризуется стремлением разрушить планы и намерения друг друга;
- применение силы с целью повлиять на поведение другой стороны в нужном для себя направлении.

Всякий реальный конфликт развивается и протекает во времени, т. е. представляет собой процесс, состоящий из определенных стадий.

Первая стадия – возникновение объективной конфликтной ситуации. Например, если двое или более сотрудников стремятся к одной и той же цели, а объективно достигнуть ее сейчас может только один из них (вступление в вакантную должность, выделение квартиры).

Вторая стадия – осознание ситуации как конфликтной хотя бы одним из ее участников. На этой стадии могут быть два пути развития конфликта. Первый путь – переход участников к конфликтному поведению. Вторым путем – стремление одного или обоих участников предотвратить конфликт. Когда правомерность требований и притязаний разных сторон отвергается, вторая стадия переходит к конфликтному поведению.

Третья стадия – непосредственный переход к конфликтному поведению. Каждая из сторон стремится заблокировать достижения и цели противоположной стороны, активно реализовывать свои намерения. Это приводит к обострению эмоционального фона конфликтного поведения. Эмоции еще больше обостряют конфликтное поведение сторон.

Четвертая стадия – последняя стадия развития конфликта, ее разрешение. Основные пути разрешения конфликта: взаимное примирение сторон, при котором конфликтная ситуация прекращается (сложность здесь в поиске объективной стороны примирения); путь компромисса, при котором частично удовлетворяются притязания обеих сто-

рон, осуществляются взаимные уступки; разрешение конфликтов на принципиальной деловой основе.

Но так бывает не всегда. Иногда, в результате малопродуктивного исхода переговоров участников конфликта, заглушить спор не удастся, никто из участников спора не принимает во внимание позиций другого. Развивается **конфронтация**. Полного примирения не происходит. И совсем неблагоприятный исход в конфликте — **принуждение**. Это прямолинейное навязывание другой стороне своей позиции, отвергающей любые доводы другой стороны.

Из сказанного можно заключить, что важнейшим направлением предпринимательской деятельности должна стать **профилактика конфликтов**, т. е. использование возможностей для предотвращения конфликтных ситуаций.

Может быть применена **тактика предотвращения конфликтов**. Существует несколько вариантов предотвращения конфликтов. Во-первых, это **уход от разрешения возникшего противоречия**, когда одна сторона переводит разговор в другое русло, ссылаясь на недостаток времени, несвоевременность спора, и оставляет «поле брани». Второй исход назван **сглаживанием**. Это происходит тогда, когда одна из сторон пытается обойти острые углы в споре. Однако при этом все же внутреннее противоречие может сохраняться. В дальнейшем проявление конфликтной ситуации может повториться. Третий путь — **компромисс**. Здесь важно иметь в виду, что сами компромиссы снимают напряженность во взаимоотношениях сторон, помогают найти оптимальное решение в споре.

Коллектив — это высшая форма организованной группы, в которой межличностные отношения опосредуются *лично значимым и общественно ценным содержанием* групповой деятельности. Коллектив — это реальная, малая, она же организованная формальная группа высшего уровня развития.

Морально-психологический климат — это преобладающий в группе или коллективе относительно устойчивый психологический настрой его членов, проявляющийся в многообразных формах их деятельности. Предпринимателю, деловому человеку важно знать пути формирования морально-психологического климата и механизма сплочения коллектива. В своих управленческих решениях, при подготовке, обучении и расстановке кадров необходимо исполь-

зовать эти пути, добиваясь оптимального согласования межличностного взаимодействия членов коллектива в условиях конкретной совместной деятельности.

Самым важным для предпринимателя в конфликтных ситуациях является их профилактика. Не разрешение, а именно профилактика. Однако, если конфликт налично, следует принимать деятельное участие в разрешении конфликта, применяя для этого те или иные пути (примирение сторон, путь компромисса, разрешение споров на деловой основе и т. п.).

Рекомендованная литература

1. М. Барнс «Основы управления проектами» / Мир управления проектами / Под. ред. К.Решке, Х. Шелле / Пер. с англ. — М.: «Аланс», 1993. — С. 11–16.

2. А. В. Батаршев «Психология предпринимательской деятельности». Таллинн, 1994. — 56 с.

3. Дж. Х. Брайант «Подготовка врачей будущего» // Всемирный форум здравоохранения, 1993. — Т. 14. — № 3. — 1993. — С. 7–18.

4. В. Р. Веснин «Основы менеджмента» — М.: Изд-во Триала Лтд, 1996. — 384 с.

5. О. С. Виханский, А. И. Наумов «Менеджмент: человек, стратегия, организация, процесс». М.: Изд-во МГУ, 1995. — 416 с.

6. В. В. Глухов «Основы менеджмента» — СПб. 1995. — 325 с.

7. Н. И. Кабушкин «Основы менеджмента» — Мн., 1996. — 284 с.

8. Д. Карнеги «Как завоевать друзей и оказывать влияние на людей» М., 1993. — 120 с.

9. А. Н. Кузьмин «Практическое пособие для менеджера, маркетолога, брокера», Таллинн, 1993.

10. И. Д. Ладанов «Практический менеджмент» — М., 1995, 499 с.

11. М. Н. Малеева «Человек и медицина в современном праве» Москва. Издательство «БЕК» 1995 год.

12. М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури «Основы менеджмента» / Пер. с англ. — М.: «Дело», 1992. — 702 с.

13. «Современный менеджмент: Принципы и правила». / Под ред. В. И. Данилова-Данильянца. — Нижний Новгород, 1992. — 232 с.

14. Р. А. Фатхутдинов «Система менеджмента» М., 1996. — 358 с. Б. Э. Верпаховский «Современный менеджмент. Принципы и правила», Нижний Новгород, 1992 — 232 с.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Профессиональная модель сестры-организатора

Определяющая роль в организации работы специалистов сестринского дела в любом медицинском учреждении принадлежит руководителю сестринской службы (подразделения) — главной медицинской сестре (старшей медицинской сестре). Уровень решаемых ими проблем разный, но в нынешних условиях развития рыночных отношений и перехода к бюджетно-страховой медицине растет понимание того, что качество лечебно-диагностической помощи зависит от соответствующей подготовки и профессиональной компетенции исполнителей. В настоящее время медицинским сестрам-руководителям делегируется выполнение новых профессиональных задач, в частности, им приходится принимать решения в условиях крайней нестабильности, постоянного дефицита всех видов ресурсов. Для успешного выполнения этих задач руководителю недостаточно лишь знаний в области своей узкой профессиональной компетенции. Важнейшим критерием ценности медицинской сестры как руководителя становится ее управленческая компетентность, лидерские качества, коммуникативные способности, оптимизм, видение будущего и желание знать завтра то, чего не знаешь сегодня.

Главной медицинской сестре (старшей медицинской сестре) необходимы знания из области менеджмента, социальной медицины и организации здравоохранения для принятия самостоятельных решений и участия в осуществлении разнообразных организационных вопросов, связанных с анализом состояния здоровья населения, с санитарно-гигиенической и эпидемиологической оценками лечебно-профилактического учреждения и т. п.

Сестра-руководитель должна знать основы трудового законодательства. Являясь администратором, она несет как

моральную, так и административную ответственность за выполнение трудового законодательства. Повседневная деятельность главной сестры связана с работой персонала, контролем за выполнением функциональных обязанностей, соблюдением правил внутреннего трудового распорядка и дисциплины, а для этого необходимы знания основных положений законодательства.

В обязанности сестры-руководителя входит решение хозяйственных вопросов и техническое обеспечение лечебного учреждения. Большинство сестер-руководителей выполняют работу, которую могут поручить доверенному лицу, освободив себе время для решения более важных проблем. К такой работе относится решение разнообразных хозяйственных вопросов: обеспечение аптечным ассортиментом, бельем, организация диетпитания, техническое оснащение лечебного учреждения и т. д.

Так как главная медицинская сестра принимает участие в управлении лечебно-профилактическим учреждением, ей необходимо знать цели и задачи процесса управления, формы управленческого решения, знать содержание документов и материалов, которыми придется пользоваться в процессе работы, потребуются знания основ делопроизводства для организации работы с различными видами документов.

Знание вопросов экономики здравоохранения необходимо для любого руководителя. Каждый руководитель обязан знать нормативы финансового обеспечения лечебно-профилактического учреждения, статьи, сметы, бюджет (поступление и расходование денежных средств), стоимость отдельных видов медицинских услуг, расходы государства на лечение пациента, экономическую эффективность здравоохранения, резервы и конкретные возможности экономики в каждом лечебном учреждении, способы реализации денежных средств, учет материальных ценностей. Эффективно и быстрое решение поставленных задач требует от сестры-руководителя знаний медицинской информатики и умения работать с современной вычислительной техникой. Все вышеизложенные знания позволят сестре-руководителю сформировать творческий коллектив и поднять на должный уровень сестринское дело в лечебном учреждении.

Организация и управление в работе медицинской сестры-руководителя

Основными функциями в деятельности сестры-руководителя являются: планирование, организация, мотивация, контроль.

Планирование помогает любому руководителю определить цели и задачи предстоящей работы. Это дает возможность наиболее эффективно распределить рабочее время, ресурсы и материальные затраты. К сожалению, не все руководители среднего звена планируют свой рабочий день, что приводит к постоянному дефициту времени и ресурсов, снижению трудоспособности, плохому настроению и самочувствию. От того, как организован трудовой день главной медицинской сестры, зависит организация рабочего времени старших медицинских сестер.

Для этого составляется перспективный план работы главной медицинской сестры на год, в который вносятся основные крупные мероприятия, планируемые для проведения работы с медицинскими сестрами разных уровней, сестрами-хозяйками и санитарками. На основании годового плана ежемесячно разрабатывается более детальный текущий план, где указываются:

- дни и часы участия главной медицинской сестры в мероприятиях, проводимых администрацией лечебно-профилактического учреждения (обходы отделений, совещания, комиссии и т. п.);

- дни и часы участия сестры-руководителя в мероприятиях в соответствии с перспективным годовым планом;

- время для ознакомления и работы с медицинской документацией (приказы, протоколы, акты, медицинская литература и т. п.);

- дни и часы для самостоятельных обходов отделений лечебного учреждения;

- выездная работа и т. д.

План утверждается главным врачом, тиражируется и распространяется между старшими медицинскими сестрами отделений.

Важное значение в работе сестринского персонала любого уровня отводится правильной организации труда, куда относится организация рабочего места, эффективное распределение персонала по рабочим точкам, создание твор-

ческой и доброжелательной атмосферы в рабочем коллективе. Для этого необходимо иметь нужное количество рабочих помещений, отвечающих требованиям проводимых в них мероприятий (кабинеты главной и старших медицинских сестер, процедурные, перевязочные, комнаты отдыха для сестер и санитарок, комната сестры-хозяйки, конференц-зал и т. д.). Помещения не должны быть загромождены лишней мебелью, вещами и аппаратурой, не должны быть темными и сырыми. Рабочие места необходимо оборудовать в зависимости от характера деятельности медицинской сестры. Необходимо иметь пакеты всех нормативных документов, касающихся работы отделений (приказы по аптечному делу, санитарному режиму, отраслевые стандарты, приказы по должности и т. п.).

Каждая сестра-руководитель должна иметь информационную папку о своей деятельности, где должны находиться: функциональные обязанности, план работы на год (на месяц), список сотрудников отделений с указанием необходимых данных, график отпусков, план занятий по особо опасным инфекциям, план занятий по повышению квалификации медицинских сестер, банк данных с указанием времени и места повышения квалификации сотрудников и т. д. В отделениях и кабинетах лечебного учреждения должна вестись документация единой формы, четко, разборчиво и аккуратно (журналы сильнодействующих, наркотических и дефицитных средств, спирта, проводимых консультаций, регистрации пациентов и т. д.).

Мотивация профессиональной деятельности сестринского персонала — одна из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Престиж профессии медицинской сестры в обществе падает. Сестринский персонал в большей части своей неудовлетворен своим трудом, системой оплаты, поэтому качество оказания медицинской помощи снижается. Мотивация при эффективном ее использовании сестрой-руководителем может стать основным моментом в повышении качества сестринской помощи, получения удовлетворения от своего труда. Для мотивирования профессиональной деятельности сестринского персонала необходимы различные подходы:

— побуждение персонала к активной деятельности с помощью внешних факторов (материальное и моральное стимулирование), начисление заработной платы, премий,

продвижение по служебной лестнице, признание и одобрение результатов работы администрацией, дополнительный отпуск и т. д.;

– формирование у сотрудников внутренних (психологических) побуждений к труду, интереса к работе, творческого подхода, ответственности за проделанную работу, самоуважения с помощью создания соответствующих условий работы (оборудование рабочего места – компьютеризация, специально сшитая рабочая одежда, изготовление индивидуальных визиток), предоставления свободы выбора действий при решении поставленной задачи и точная формулировка этой задачи.

Каждая проделанная работа требует проверки и сопоставления фактических результатов с планируемой работой, этот процесс называется КОНТРОЛЕМ. Сестра-руководитель всегда должна быть готова проверить качество работы подчиненных.

Таким образом, для обеспечения четкой, эффективной, отлаженной работы сестринского персонала, и следовательно динамичного развития лечебного учреждения, руководителю необходимо хорошо знать четыре составляющие управления – планирование, организация, мотивация и контроль.

Подбор и расстановка кадров. Невысокий уровень заработной платы, далеко не адекватный характеру труда, его общественной значимости, мере ответственности, психофизическим нагрузкам; падение престижа профессии медицинской сестры – эти и другие причины привели к тому, что из медицины стали уходить лучшие квалифицированные сестринские кадры. В связи с этим в лечебно-профилактических учреждениях возник «дефицит» среднего и младшего медицинского персонала. В такой ситуации часто бывает, что рабочее место может получить любой желающий. Лишь по прошествии какого-то периода времени сестра-руководитель может оценить деловые и человеческие качества нового сотрудника и сделать вывод, насколько удачно или неудачно был взят на данную должность этот специалист. В таком случае очень трудно избежать ошибок в подборе кадров.

Для того, чтобы главной медицинской сестре в какой-то мере избежать ошибок и обезопасить себя и свой кол-

лектив от приема на работу неквалифицированных и безответственных сотрудников, необходимо помнить о некоторых практических советах, провренных опытом многолетней работы руководителей сестринских служб ряда крупных лечебных учреждений Западной Европы и России:

1. Во всем мире принята практика представления характеристик либо рекомендаций с прежнего места работы. Поэтому не стесняйтесь потребовать их у поступающего на работу.

2. Если возникли сомнения в объективности содержания характеристики или рекомендации, выясните это во время собеседования.

3. Не допускайте, чтобы собеседование проводили в ваше отсутствие или вместо вас. Работать с новым специалистом, в первую очередь, вам.

4. Собеседование может строиться по произвольной форме, исходя из конкретных обстоятельств, но в любом случае сестра-руководитель должна уточнить несколько моментов в процессе беседы:

— по какой причине собеседник(ца) оставили прежнее место работы;

— в связи с чем остановили свой выбор именно на данном лечебном учреждении;

— насколько он (она) заинтересованы в повышении своей квалификации;

— как много занимаются самообразованием по специальности.

5. Во время собеседования обратите внимание на манеру поведения вашего собеседника(цы), их умение вести беседу и умение слушать.

6. Чтобы сделать процесс собеседования более полным и интересным, разработайте специальные анкеты и тесты, в зависимости от специфики различных должностей.

7. Если возникла необходимость пригласить для работы старшую медицинскую сестру из другого лечебного учреждения, обратите внимание не только на ее профессиональные качества, но и на наличие или отсутствие навыков работы с людьми, ее поведенческие характеристики.

8. Если вы беседуете с молодым специалистом, выясните, насколько обдуманно сделан им (ей) выбор профессии, насколько они восприимчивы к деловым советам и критике.

9. Во время разговора проявляйте дружелюбие и такт. Создайте обстановку, помогающую собеседнику психологически раскрепоститься. Это поможет вам получить более объективную и полную информацию от собеседника.

10. Если вы заинтересованы в новом сотруднике, сделайте так, чтобы ему захотелось работать именно в данном лечебном учреждении. Ознакомьте будущего сотрудника с должностными обязанностями, правами, правилами внутреннего распорядка данного лечебного учреждения, графиком работы, с требованиями, которые вы предъявляете к деятельности своих сотрудников, и существующими в вашем учреждении льготами и поощрениями.

Таким образом, любой руководитель должен понимать, что важно не просто набрать кадры, но создать и сохранить трудоспособный, творческий, эффективно работающий коллектив, что особенно важно при нынешних условиях в системе здравоохранения.

Организационно-методическая работа с медицинскими сестрами. Одной из главных задач в деятельности медицинской сестры-руководителя является проведение воспитательной работы с медицинским персоналом. Формы и методы этой работы довольно разнообразны. Это школы молодого специалиста, школы старших медицинских сестер, изучение специальной медицинской литературы, участие и выступления на научно-практических конференциях, в различных смотрах и конкурсах. Подбор медицинских сестер на любую должность, а особенно подготовка резерва на руководящую должность, требует детального изучения деловых и моральных качеств работника, изучения достоинств и недостатков путем наблюдения за его деятельностью, в процессе личных бесед, отзывов работающих с ним рядом коллег, с помощью социологических исследований. Расставлять медицинских сестер по рабочим местам необходимо так, чтобы выполняемая работа удовлетворяла исполнителя, чтобы каждый чувствовал себя на своем месте и мог наиболее полно проявить себя. Работа с резервом на выдвижение на должность старшей медицинской сестры должна проводиться по специальным программам, в частности через школу молодого специалиста.

Важным звеном в организации воспитательно-производственной работы являются **СОВЕТЫ МЕДИЦИНСКИХ**

СЕСТЕР. В совете медицинских сестер создается несколько комиссий, наиболее важные — производственная и санитарная. Каждую комиссию возглавляет одна из старших медицинских сестер. Все заседания совета оформляются протоколами, которые вывешиваются на стенд «Уголок совета медицинских сестер». К кругу вопросов, решаемых советом медсестер, относятся: изучение основных приказов и методических указаний по санитарному режиму, учет и хранение лекарственных средств, спирта, проведение перекрестных проверок с отчетом об их результатах и т. д. Одной из форм воспитательной работы с медицинскими сестрами является проведение **ПОСВЯЩЕНИЯ В ПРОФЕССИЮ, КОНКУРСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА** и т. п.

Повышение квалификации медицинских сестер. Современное развитие медицинской науки и техники, внедрение новых и сложных методов диагностики и лечения пациентов требует от среднего медицинского персонала высокого качества профессиональной подготовки и постоянного повышения квалификации. При настоящем развитии сестринского дела в здравоохранении формула — «**ОБРАЗОВАНИЕ НА ВСЮ ЖИЗНЬ**» должна быть заменена другой — «**ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ВСЮ ЖИЗНЬ**». Совершенствование профессионального мастерства является залогом эффективной организации сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях. В настоящее время создан комплекс мероприятий, направленных на расширение объема и повышение качества подготовки специалистов, улучшение планирования подготовки и тщательный подбор тематики с учетом специфики деятельности различных групп специалистов сестринского звена.

Непосредственное руководство по повышению квалификации среднего медицинского персонала осуществляет совет медицинских сестер. Совет сестер возглавляет главная медицинская сестра данного лечебно-профилактического учреждения. Работа по подготовке специалистов сестринского звена проводится по нескольким направлениям: повышение профессиональной подготовки, работа с молодыми специалистами, прохождение квалификационной аттестации по специальности, постоянная и целенаправленная работа по нравственному, этическому и деонтологическому воспитанию сестринского персонала.

Повышение профессиональной подготовки предусматривает направление в училище повышения квалификации на последипломную подготовку согласно плану-заявке; подготовку медицинских сестер узких специальностей непосредственно на рабочих местах в крупных специализированных отделениях; систематическое усовершенствование для старших медицинских сестер и их резерва на базе лечебно-профилактического учреждения; овладение смежными специальностями; привлечение к участию в научно-практических конференциях, симпозиумах; развитие интереса к публикации в периодической печати статей, заметок по новаторству, рационализации, обмену опытом; направление сестер-руководителей на обучение на факультеты высшего сестринского образования в медицинские институты и университеты.

Работа с молодыми специалистами требует от сестры-руководителя не только высокой профессиональной подготовки, знаний и умений, но и навыков педагога и психолога. Медицинская сестра, недавно окончившая учебное заведение, требует особого внимания. От того, насколько умело и тактично она будет вовлечена в трудовую деятельность, насколько пристально будет внимание сестры-руководителя к ее профессиональному уровню, настолько и будет гарантирована эффективность ее сестринского ухода. В связи с этим в лечебно-профилактических учреждениях создаются школы молодых специалистов, где освещаются вопросы управления и организации здравоохранения, вопросы кадровой политики, планирования и финансирования, основы менеджмента и медицинской психологии, вопросы правового регулирования в деятельности медицинских работников, лекарствоведение, изучение нормативных документов, неотложная помощь, правила санитарно-эпидемиологического режима в ЛПУ, санитарно-просветительная работа с пациентами. Особое внимание необходимо уделить воспитанию у молодежи любви к своей профессии, к коллегам, к пациентам. Вопросы философии, этики и деонтологии в сестринском деле должны рассматриваться на уровне остальных разделов в обучении молодых специалистов.

Для дальнейшего повышения качества медицинского обслуживания граждан и ответственности средних медицин-

(данные о полученных результатах в процессе работы), которая позволит руководителю выявить множество непредвиденных проблем и избежать нарушений трудовой деятельности.

Заключительный контроль осуществляется, когда работа уже завершена или истекло запланированное время на ее выполнение. Такой контроль дает руководителю сестринской службы информацию, необходимую для планирования будущей аналогичной деятельности, и он способствует повышению мотивации медицинских сестер. То есть, хорошо выполненная работа требует вознаграждения, а плохо выполненная — выяснения причин и их устранения.

Одним из методов проведения контроля и оценки является проведение обходов (административный, комплексный, целенаправленный). Административный обход проводится главным врачом или его заместителем совместно с главной медицинской сестрой. На этот обход приглашаются и представители хозяйственной службы.

КОМПЛЕКСНЫЙ ОБХОД главная медицинская сестра проводит самостоятельно вместе с представителями совета медицинских сестер. Проверка проводится по нескольким направлениям: санитарное состояние, выполнение врачебных назначений, учет и хранение сильнодействующих и наркотических средств, ведение документации и т. д. Для получения более полной оценки результатов обхода составляются памятки по проверке работы старших медицинских сестер, процедурных сестер, сестер-хозяйек и т. д. Такими памятками обеспечиваются все сестры-руководители.

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ ОБХОД имеет более узкие, конкретные задачи. Он преследует цели выборочной проверки. Например: учет, хранение, расходование медикаментов, перевязочного материала, спирта и т. п. Обход проводится в присутствии старшей медицинской сестры. Все полученные замечания доводятся до сведения заведующего отделением.

Установленные методы и способы проведения контроля и оценки могут быть усовершенствованы, дополнены в зависимости от профиля выполняемой работы и творческого потенциала руководителя. Для получения более достоверных данных по поводу качества оказания сестрин-

ской помощи полезно проводить анкетирование среди пациентов. Анкета составляется произвольно, в зависимости от профиля отделения или кабинета. Результаты проведенного анкетирования анализируются, оцениваются, делаются соответствующие выводы и замечания, после чего учитываются предложения и проводится необходимая корректировка плана действий.

Санитарная статистика

Санитарная статистика является одной из отраслей статистики. Для правильного ее понимания необходимо представить себе, чем вообще является статистика. Статистика — это наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной. Она устанавливает размеры и количественные соотношения явлений общественной жизни в конкретных условиях места и времени.

Статистика, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной и общественным здравоохранением, носит название санитарной статистики. Санитарная статистика делится на два основных раздела: статистика здоровья населения и статистика здравоохранения.

Статистика здоровья изучает здоровье (санитарное состояние) населения в целом и его основных групп путем исследования статистических данных о численности и составе населения, естественном движении (рождаемость, смертность), физическом развитии, распространенности различных заболеваний, выявляет и устанавливает связи заболеваемости и смертности населения с различными факторами окружающей среды.

Статистика здравоохранения изучает данные о сети лечебно-профилактических и санитарных учреждений, их деятельности и кадрах, оценивает опыт учреждения здравоохранения по предупреждению и лечению заболеваний.

Организация статистического исследования. Для проведения статистического исследования медицинской сестре требуется специальная подготовка. Прежде всего надо знать, что статистическое исследование проводится несколькими последовательными этапами:

- составление плана и программы исследования;

- сбор материала;
- обработка статистического материала (группировка, сводка, вычисление показателей);
- анализ и выводы.

Первый этап — составление плана и программы исследования. В начале каждого исследования должна быть точно установлена цель исследования. План и программа должны соответствовать намеченной цели. В плане предусматривается ряд организационных моментов:

- **выбор статистической совокупности (объекта наблюдения), установление единицы наблюдения;**
- **определение срока работы на всех этапах;**
- **выбор способа сбора материала;**
- **указание лиц, участвующих в проведении исследования, и расчет необходимых расходов.**

Объектом наблюдения называют статистическую совокупность, состоящую из отдельных предметов или явлений. **Единица наблюдения** — это составная часть статистической совокупности, каждое отдельное явление (или предмет), подлежащее изучению. Например, при регистрации заболеваемости единицей наблюдения может быть и больной человек, и отдельное заболевание. Для получения сопоставляемых данных в зависимости от задач проводимой работы медицинской сестры необходимо четко определять единицу наблюдения.

Программа исследования состоит из программы сбора материала (перечень учетных признаков) и программы обработки (макеты таблиц). **Учетными признаками** называют данные и сведения, которые собирают о каждом случае. Например, при изучении заболевания к учетным признакам могут относиться пол, возраст больного, дата заболевания и др. Программа сбора материала, состоящая из перечня учетных признаков, оформляется обычно в виде карты обследования, анкеты или других видов регистрационных бланков.

Второй этап — сбор материала (статистическое наблюдение). По времени проведения различают **текущее наблюдение** и **единовременное**. При первом способе каждое явление наблюдают и регистрируют по мере его возникновения и за определенный период, например за год. Таким путем изучают заболеваемость, рождаемость, смертность. В по-

рядке текущего наблюдения изучается динамика явления, изменение его во времени, например, динамика заболеваемости по годам.

Единовременное наблюдение отражает состояние явления в данный момент. В результате единовременной переписи определяют численность и состав населения, численность среднего медицинского персонала и т. д. Путем единовременных антропометрических измерений собирают материал о физическом развитии. В процессе единовременного медицинского осмотра получают данные о поражении обследуемой группы теми или иными заболеваниями.

Материал собирают двумя методами: **сплошным и выборочным**. **Сплошной метод** предусматривает регистрацию всех единиц совокупности, интересующих исследователя. Например, обязательной регистрации подлежит каждый случай рождения, смерти, инфекционного заболевания.

Выборочный метод предусматривает регистрацию не всех, а только части случаев исследуемой совокупности. Выборочная совокупность должна быть так обработана, чтобы на основании анализа ее данных можно было бы получить представление о всей **генеральной совокупности**. Генеральная совокупность состоит из всех единиц наблюдения, которые могут быть к ней отнесены в соответствии с целью исследования.

Выборочная совокупность должна удовлетворять следующим требованиям: она должна включать достаточное количество случаев и быть максимально типичной для всей генеральной совокупности, из которой эта выборка сделана. Теория статистики позволяет рассчитать по специальным формулам необходимое число наблюдений в выборочной совокупности.

Санитарной статистикой выработан ряд способов осуществления выборки: случайная, механическая, типологическая, серийная. Каждый из этих способов отбора имеет свои особенности, отличается характером организации наблюдения и применяется в зависимости от специфики явления, которое изучается выборочным методом. Выборочный метод в медицинских исследованиях является самым распространенным. Его преимущества не ограничиваются только экономией средств, времени и сил. Он позволяет углубить программу работы.

Кроме выборочного, в социально-медицинских исследованиях широко применяется **анамнестический метод**. Этот метод заключается в регистрации сведений, полученных от больного или его близких. Анамнестический метод предусматривает либо заполнение сведений о себе каждым из обследуемых (**анкетный метод**), либо осуществляется путем беседы обследуемого с медицинской сестрой (**метод опроса**).

Анкетный метод целесообразно применять в случаях, когда необходимо получить сведения по глубоко личным, интимным сторонам жизни. Анкета должна быть, как правило, анонимной. Для использования метода опроса необходимо важное условие — доверие опрашиваемого. Только тогда медицинская сестра может получить ценные сведения о медицинской помощи, о причинах заболеваемости и т. д.

Третий этап — обработка материала. Прежде чем начинать обработку материала, нужно просмотреть отдельные карты, анкеты, чтобы выяснить правильно ли они заполнены, все ли сведения в них внесены. После проверки (контроля) материала его группируют по основным, качественно однородным признакам. **Группировка** может производиться по признакам типологическим и количественным (вариационным).

Типологическая группировка производится по описательным признакам, не имеющим количественного выражения, например, распределение больных по группам болезней, населения — по полу. **Количественная** (вариационная) **группировка** производится на основе числовых размеров признака. Например, группировка населения по возрасту, больных по длительности заболевания, подростков по росту или весу.

Для обеспечения техники группировки и подсчета применяется **шифровка материала**. Шифр — условный знак, которым обозначают ту или иную группу. Шифровка заболеваний, как правило, проводится по Международной классификации болезней, травм и причин смерти.

Подсчитанные данные сводят, заносят в **таблицы** (сводка материала). Макеты таблиц составляют заранее, еще на первом этапе исследования. Они представляют собой программу обработки материала. Различают **простые, групповые и комбинационные таблицы**. Каждая таблица имеет подлежащее и сказуемое. **Статистическое подлежащее** — это

основной признак изучаемого явления, оно располагается по горизонтальным строкам таблицы. **Статистическое сказуемое** — признаки, характеризующие подлежащее, обычно располагаются в вертикальных графах (строках).

Таблица, характеризующая один учетный признак, например заболевание или возраст, носит название **простой таблицы** (см. табл. 3).

Таблица, характеризующая два взаимосвязанных признака (например, заболевание и возраст), называется **групповой таблицей** (см. табл. 4).

Таблица, характеризующая три и более взаимосвязанных признака (например, заболевание, возраст и пол), носит название **комбинационной** (см. табл. 5).

Таблица 3

Распределение детей по инфекционным заболеваниям в больнице № 3 (макет)

Название болезни	Число случаев
Корь	
Скарлатина	
Эпидемический гепатит	
Прочие	
Всего	

Таблица 4

Распределение детей по инфекционным заболеваниям и возрасту в больнице № 1 (макет)

Название болезни	Возраст в годах			Всего
	1-3	4-6	7-14	
Корь				
Скарлатина				
Эпидемический гепатит				
Прочие				
Итого				

**Распределение детей по инфекционным заболеваниям,
возрасту и полу в больнице № 1
(макст)**

Название болезни	Возраст в годах						Всего
	1-3		4-6		7-14		
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Корь							
Скарлатина							
Эпидемический гепатит							
Прочие							
Итого							

Относительные величины. Статистическая сводка заканчивается получением таблиц, отражающих абсолютные размеры изучаемого явления. Для того чтобы проанализировать полученный материал, вычисляют **относительные величины** (показатели, коэффициенты): **экстенсивные** (структуры), **интенсивные** (частоты), **показатели соотношения и наглядности**.

Экстенсивные коэффициенты (ЭК) показывают, как распределяется изучаемое явление на свои составные части, как велика отдельная доля (удельный вес) данного явления по отношению ко всей его величине (отношение части к целому), и выражается в процентах:

$$а) \text{ЭК} = \frac{\text{часть} \times 100\%}{\text{целое}}$$

$$б) \text{ЭК} = \frac{\text{число смертей от злокачественных опухолей} \times 100\%}{\text{число смертей от всех причин}}$$

Экстенсивные коэффициенты нужны для определения структуры статистической совокупности (структура населения по возрасту, полу, социальным группам; структура заболеваемости, смертности и др.). Экстенсивные показатели определяют значение отдельных частей общей сово-

купности, однако их нельзя применять для установления динамики изучаемого явления во времени или для сравнения степени их распространения в двух или нескольких группах населения.

Экстенсивные показатели графически изображаются в виде **секторной** или **внутристолбиковой** диаграммы. В секторной диаграмме окружность принимается за 100,0%, при этом 1,0% соответствует 3,6* окружности. Во внутристолбиковой диаграмме ширина и высота столбика берутся произвольно, высота принимается за 100,0%, соответственно в процентах рассчитываются экстенсивные показатели, в сумме составляющие единое целое.

Интенсивные коэффициенты (ИК), показатели частоты, характеризуют распространенность, частоту изучаемого явления в своей среде, т. е. той среде, которая непосредственно продуцирует данное явление:

$$\text{ИК} = \frac{\text{явление} \times 1000}{\text{среда, продуцирующая данное явление}}$$

$$\text{ИК} = \frac{\text{число заболеваний (смертей и т. д.)} \times 1000}{\text{средняя численность населения}}$$

Интенсивные коэффициенты чаще всего рассчитываются на 1000 человек населения при определении рождаемости, смертности, естественного прироста населения, общей заболеваемости; на 10000 и 100000 населения — при вычислении размеров смертности или заболеваемости в отношении какой-либо одной болезни или группы болезней (за среднюю численность населения обычно берут полусумму чисел населения на начало и конец периода наблюдения). Например, инфекционных заболеваний, злокачественных новообразований и т. д. На 100 работающих — при расчете показателей с временной утратой трудоспособности.

Интенсивные коэффициенты графически изображаются несколькими типами **диаграмм: линейной, столбиковой, картограммой, картодиаграммой**. При построении **линейной диаграммы** на системе координат по горизонтальной линии (ось абсцисс) начиная от нуля откладывают одинаковые отрезки, чаще всего изображающие время (месяцы, годы), по верти-

кальной (ось ординат) начиная снизу от нуля откладывают в определенном масштабе отрезки, изображающие величину изучаемого явления (показатели заболеваемости, смертности и т. д.). Линейные диаграммы применяют для изображения динамики явлений во времени.

Столбиковая диаграмма употребляется для изображения однородных, но не связанных между собой интенсивных коэффициентов. При этом рисуют столбики, высота которых соответствует величине изображаемых чисел с учетом масштаба. Ширина всех столбиков, а также расстояние между ними должны быть одинаковыми. Столбиковые диаграммы обычно изображают статику явлений, например, уровень смертности в разных группах по возрасту и полу за год. **Картограмма** имеет вид особой географической карты, на которой отдельные территории заштрихованы с различной интенсивностью коэффициента. **Кардиограмма** представляет собой сочетание географической карты с диаграммой, чаще всего столбиковой, при этом столбики различной величины, соответственно показателю, наносятся на карту.

Средние величины широко применяют при характеристике лабораторных стандартов, физиологических норм, норм нагрузки, анализе деятельности медицинских учреждений и т. п. Средние величины являются обобщающими показателями, характеризующими размер количественных признаков в совокупности. **Средние величины получают из вариационных рядов.** **Вариационный ряд** — это ряд чисел, характеризующих какой-либо признак и отличающихся по своей величине (о применении и определении этих и других статистических показателей в здравоохранении смотрите рекомендуемую литературу).

Анализ заболеваемости

Здоровье населения как совокупность количественных показателей общественного здоровья характеризуется **заболеваемостью, демографическими показателями и показателями физического развития.**

Заболеваемость — это показатель, характеризующий уровень, частоту распространения болезней среди населения. Возможность использования информации о заболеваемости населения, его обрацаемости по поводу заболеваний в

различные типы учреждений помогает академическим медицинским сестрам и врачам контролировать отдельные разделы деятельности, управлять учреждениями, строить планы медицинского обслуживания населения и оздоровительных мероприятий.

Для характеристики заболеваемости населения выделяют три понятия: собственно заболеваемость, распространенность заболеваний (болезненность) и патологическую пораженность.

Под **собственно заболеваемостью** (по термину, рекомендованному ВОЗ — *incidente*) понимают совокупность нигде ранее не учтенных, впервые в данном году выявленных заболеваний. Заболеваемость поэтому называют также частотой вновь выявленных заболеваний, первичной заболеваемостью.

Под **распространенностью** (*prevalence*) или **болезненностью** понимается совокупность всех зарегистрированных в данном году заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в прошлые годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году. И заболеваемость, и распространенность чаще всего рассчитываются на 1000 населения.

Под **патологической пораженностью** (*pointprevalence*) понимают частоту заболеваний, выявленных у населения на определенную дату (момент), чаще всего на момент медицинского осмотра. При этом учитываются не только заболевания, но и преморбидные состояния, морфологические или функциональные отклонения, которые в будущем могут обусловить болезнь. Показатель пораженности рассчитывается, как показатель частоты на 100 обследованных.

Различают три основных метода изучения заболеваемости: по данным обращаемости, по данным медицинских осмотров и данным о причинах смертности (таблица 6).

Изучение заболеваемости по данным **обращаемости** проводится путем сплошного учета, основанного на данных текущего учета всех обращений во все лечебные учреждения России. Зачастую этих сведений недостаточно для достоверных выводов о действительной динамике и распространенности заболеваний. Поэтому периодически проводят выборочные углубленные исследования заболеваемости по специальным программам, учитывающим пол, возраст, профессию, стаж работы отдельных контингентов, влияние загрязнений окружающей среды, факторы риска и т. д.

Схема изучения заболеваемости

Методы изучения заболеваемости	Основной статистический учетный документ
<p>1. Заболеваемость по данным обращаемости:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в амбулаторно-поликлинические учреждения - заболеваемость острыми инфекционными болезнями, пищевыми, острыми профессиональными отравлениями - заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (туберкулез, рак, венерические болезни и др.) - госпитализированная заболеваемость - заболеваемость с временной утратой трудоспособности - заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности <p>2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров (дети, призывники и т. д.)</p> <p>3. Заболеваемость по данным о причинах смертности</p>	<p>Талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (учетная форма 025 2/у)</p> <p>Экстренное извещение об острозаразном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении (учетная форма 058/у)</p> <p>Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фануса, чесотки, трахомы, истинного заболевания (учетная форма 089/у)</p> <p>Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования (учетная форма 090/у)</p> <p>Карта выбывшего из стационара (учетная форма 066/у)</p> <p>Листок нетрудоспособности</p> <p>Акт освидетельствования МСЭК</p> <p>Карта профилактического осмотра (учетная форма 046/у)</p> <p>Медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма 025/у)</p> <p>Карта учета диспансеризации (учетная форма 131/у)</p> <p>Врачебное свидетельство о смерти (учетная форма 106/у)</p>

Заболеваемость по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинических учреждениях изучается в порядке текущей регистрации на основе сплошного учета всех заболеваний. За единицу наблюдения принимают первое обращение по данному заболеванию в текущем году. Важным оперативным документом является «Лист заключительных (уточненных) диагнозов» в медицинской карте амбулаторного больного (ф. 025/у), куда вносятся все заболевания,

диагностированные у больного в порядке наблюдения за ним. На основе этого документа заполняется статистический талон (ф. 025-2/у) и составляется сводная ведомость учета заболеваемости (ф. 071/у).

Хронические заболевания (болезни системы кровообращения, органов пищеварения и другие длительно протекающие болезни) учитываются только один раз в году. Хронические заболевания, выявленные впервые в жизни, регистрируются в статистическом талоне со знаком «+». При повторных обращениях по поводу обострения этих заболеваний диагноз не регистрируется. Все острые заболевания считаются первичными, диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом новом случае их возникновения в статистическом талоне со знаком «+».

Статистические талоны со знаком «+» дают исходные данные для получения показателя заболеваемости. Общее же число статистических талонов дает исходные цифры для получения показателя распространенности (болезненности) заболеваний. Заполненные статистические талоны шифруются и по окончании врачебного приема передаются в кабинет медицинской статистики, где они хранятся по участкам, а в пределах участка — по классам заболеваний международной классификации болезней, травм и причин смерти. Эта система хранения и учета статистических талонов позволяет получать сводные данные об общей заболеваемости населения, позволяет отбирать по статистическим талонам медицинские карты амбулаторных больных для контроля за качеством лечебно-диагностической работы врачей и др.

При изучении **инфекционной заболеваемости** единицей наблюдения является каждый случай заболевания, на который составляется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении» (форма 058/у).

Обязательной регистрации и учету подлежат карантинные заболевания; заболевания, информация о которых собирается специализированными лечебно-профилактическими учреждениями с одновременной информацией санитарно-эпидемиологической службы о некоторых из них (туберкулез, сифилис, лепра, грибковые заболевания и др.); заболевания о каждом случае которых оповещаются центры государственного санитарно-эпидемиологического над-

зора — ЦГСЭН (брюшной тиф, сыпной тиф, дизентерия, корь, скарлатина, дифтерия и др.); и заболевания, о которых в санитарно-эпидемиологическую службу представляются только суммарные сведения (грипп, острые респираторные вирусные инфекции и др.), по форме 85 — грипп.

«Экстренное извещение» заполняет врач поликлиники или любого другого лечебно-профилактического учреждения, выявивший больного. Там, где нет врачей (отдаленные районы сельской местности и т. п.), о выявлении случаев инфекционных заболеваний обязаны сообщать работники фельдшерско-акушерских пунктов. Информация направляется в районные, городские ЦГСЭН непосредственно персоналом медицинских учреждений. Для учета поступления экстренных извещений в лечебно-профилактических учреждениях и центрах санэпиднадзора имеются одинаковые специальные журналы (форма 060/у), в которых ведется запись отправленных и получаемых извещений.

При анализе инфекционной заболеваемости определяется частота выявления заболеваний на 100000 населения, сезонность, охват госпитализацией, групповые показатели заболеваемости (по полу, возрасту, профессии, месту жительства и др.), необходимые для планирования и оценки противоэпидемических мероприятий.

При изучении заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями (туберкулез, венерические заболевания, психические заболевания, рак и другие злокачественные новообразования) единицей наблюдения является больной с впервые в жизни установленным диагнозом одного из указанных заболеваний. Учетными документами для изучения неэпидемической заболеваемости служат «Извещения о больном...» — формы № 089/у и ф. 090/у (таблица 7).

Врачи, выявившие перечисленные важнейшие неэпидемические заболевания в любых лечебных учреждениях, обязаны в установленном порядке сообщать об этом в специализированные диспансеры (противотуберкулезный, онкологический, кожно-венерологический), заполняя для этого извещения. В диспансерах уточняется диагноз; из подтвержденных извещений о больном составляется алфавитная картотека, которая используется также и для составления отчетов о вновь выявленных больных. На основании отчетов определяют ряд показателей, характеризую-

щих структуру и частоту выявленных заболеваний по нозологическим формам на 100000 населения.

Система учета госпитализированной заболеваемости основана на регистрации каждого случая госпитализации больного в стационар. При выписке заполняется «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма 066/у). Отчет лечебно-профилактического учреждения (форма 1) имеет таблицу о распределении больных в стационаре. Показателями госпитализированной заболеваемости являются: **частота госпитализированных на 1000 населения по поводу определенного заболевания; показатели госпитализированных по полу, возрасту, месту жительства, профессии; структура госпитализированных по заболеваниям.**

Данные о госпитализированной заболеваемости позволяют судить о своевременной госпитализации, характере и объеме больничной медицинской помощи, продолжительности лечения, летальности. Показатели госпитализированной заболеваемости дают представление о наиболее тяжелой патологии, определяют отбор на госпитализацию и отражают организацию и преемственность больничной и внебольничной помощи.

Единицей наблюдения при изучении **заболеваемости с временной утратой трудоспособности** является каждый случай временной нетрудоспособности в связи с заболеванием, имевший место у работающего в данном году. Обострение одного хронического заболевания может дать несколько случаев утраты трудоспособности в течение года. Учетным документом служит листок нетрудоспособности (больничный лист), который является не только юридическим документом, удостоверяющим временное освобождение от работы, но и финансовым, поскольку на основании его проводится выплата пособия из средств социального страхования.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в соответствии с «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан», утвержденной Постановлением Фонда социального страхования РФ от 19.10.94 г. и Приказами Минздравмедпрома РФ — № 21 от 19.10.94. и № 5 от 13.01.95 г. Согласно указанным документам анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности осуществляется по учетно-отчетной форме 036/у «Книга регистрации листков не-

трудоспособности». Основными показателями заболеваемости с временной утратой трудоспособности являются: число случаев и дней нетрудоспособности на 100 работающих (всего и по отдельным причинам нетрудоспособности), средняя длительность одного случая утраты трудоспособности, показатели структуры заболеваемости.

Анализ этих общих показателей позволяет судить о динамике заболеваемости, выделять те причины нетрудоспособности, которые занимают основное место в заболеваемости рабочих. Однако эти показатели не позволяют устанавливать другие важные факторы, влияющие на заболеваемость. Поэтому существует множество методических подходов и большое число методик изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Например, большое распространение в деятельности медицинских учреждений, обслуживающих промышленные предприятия, получила методика изучения заболеваемости по данным персонального (полицевого) учета. На каждого работника предприятия заполняется особый учетный документ «Персональная карта работающего», в которой указываются профессия, пол, возраст, общий стаж работы, стаж работы в данной профессии и др. Из листков нетрудоспособности в «персональные карты» заносятся сведения о всех случаях утраты трудоспособности с указанием соответствующего вида нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве, несчастный случай в быту и др.) и длительность освобождения от труда. Эта система учета позволяет определять кроме указанных показателей и специальные коэффициенты, рассчитанные для отдельных возрастных, половых, профессиональных и стажевых групп; определять процент болевших лиц как отношение числа работающих, имевших хотя бы один случай утраты трудоспособности в течение года (болевшие лица), к общему числу, так называемых, «круглогодных» лиц, проработавших на данном предприятии весь год; выделять группу длительно и часто болеющих, имевших в течение года не менее 4 случаев или 40 дней нетрудоспособности по однородным причинам нетрудоспособности. Анализ указанных показателей позволяет целенаправленно планировать проведение необходимых лечебно-оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий и оценивать их эффективность.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) является функцией органов социального обеспечения. Инвалидность — это постоянная потеря трудоспособности или значительное ее ограничение. Определяет выход на инвалидность и ее тяжесть **медико-социальная экспертная комиссия (МСЭК)**. МСЭК устанавливает следующие **причины инвалидности**: общее заболевание, инвалидность с детства, профессиональное заболевание, трудовое увечье, инвалидность у бывших военнослужащих, инвалидность до начала трудовой деятельности. **Тяжесть инвалидности МСЭК классифицирует по трем группам**: первая — лица с полной потерей трудоспособности, нуждающиеся в постороннем уходе; вторая — лица со значительной утратой трудоспособности, но не нуждающиеся в постороннем уходе; третья — лица с ограничением трудовой функции.

Основными статистическими учетными документами МСЭК являются «Акт освидетельствования во МСЭК» и «Статистический талон к акту освидетельствования во МСЭК». В результате их разработки получают соответствующие показатели частоты или структуры инвалидности по полу, возрасту и т. п. **Важнейшим показателем** является частота **первичного выхода на инвалидность** (первичная инвалидность — совокупность лиц, впервые признанных инвалидами за год на 1000 или 10000 общей численности работающего населения), анализируемая в динамике по годам, по группам инвалидности, по профессиональной принадлежности, возрасту.

Уровень инвалидности зависит от социальных и гигиенических факторов, производственных и бытовых условий, правового состояния, а также и от лечебно-диагностической и профилактической деятельности медицинских учреждений, поэтому при направлении больных на медико-социальную экспертизу важно подробно охарактеризовать объем и качество медицинской помощи, диспансеризацию, длительность заболевания и т. д. Результаты такой оценки помогут выявить дефекты в организации медицинской помощи и найти путь снижения инвалидности.

Метод изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров основан на проведении углубленных комплексных профилактических осмотров (предварительных, периодических, целевых), выполняемых группами врачей-спе-

циалистов. Первичными учетными документами при проведении медицинских осмотров являются «Карта профилактического осмотра», форма № 046/у, «Медицинская карта амбулаторного больного», форма № 025/у, «Карта учета диспансеризации», форма № 131/у.

По итогам профилактических осмотров определяется показатель «патологической пораженности», рассчитанный на 100 осмотренных. При этом вновь выявленных больных разделяют на «практически здоровых» и больных, нуждающихся в медицинской помощи, изучают и анализируют причины несобращения последних в лечебные учреждения. Данные медицинских осмотров имеют большую диагностическую ценность, точность и надежность. При помощи этого метода выявляют в основном случаи хронических заболеваний, ранее неизвестных или с которыми население не обращается активно в медицинские учреждения, морфологические и функциональные отклонения, начальные проявления тех или иных заболеваний.

Заболеваемость по данным о причинах смерти изучается по отчетному документу «Врачебное свидетельство о смерти», форма № 106/у. В этом документе особенно важным является пункт, касающийся причины смерти. При этом необходимо правильно назвать и поставить на первое место непосредственную причину смерти, затем указать заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти (основное заболевание), перечислить другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

Безусловно, данный метод изучения заболеваемости является вспомогательным. Однако он существенно дополняет сведения об общей заболеваемости, особенно в отношении наиболее тяжелых заболеваний, закончившихся летальным исходом, помогает разрабатывать мероприятия по снижению смертности и летальности.

Все указанные методы изучения заболеваемости имеют свои особенности, достоинства и недостатки. Так, при изучении заболеваемости по данным обращаемости в лечебные учреждения преимущественно выявляются острые заболевания, а хронические заболевания — в основном в стадии обострения. При изучении же заболеваемости по данным медицинских осмотров чаще выявляются хрони-

ческие болезни, протекающие у больных без явных симптомов, особенно на начальных стадиях или в стадии компенсации. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности охватывает далеко не все заболевания, а только те, которые были причиной временной нетрудоспособности работающего населения.

Таким образом, каждый из описанных методов только в пределах своих возможностей дает представление о распространенности заболеваний. Поэтому, для того, чтобы иметь полные и достоверные данные о заболеваемости населения, необходимо комплексное использование всех представленных методов.

Рекомендованная литература

1. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. — Л.: Медицина, 1974. — 384 с.
2. Случанко И. С., Церковный Г. Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. — М.: Медицина, 1976. — 224 с.
3. Буштуева К. А., Случанко И. С. Методы и критерии оценки состояния здоровья населения в связи с загрязнением окружающей среды. — М.: Медицина, 1979. — 160 с.
4. Журавлева К. И. Статистика в здравоохранении. — М.: Медицина, 1981. — 176 с.
5. Социальная гигиена и организация здравоохранения (под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова). — М.: Медицина, 1984. — 640 с.
6. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения (под ред. Ю. П. Лисицина). Т. 1, М.: Медицина, 1987. — 432 с.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Успешное решение задач, возложенных на медицинских сестер с высшим образованием, возможно лишь при условии хорошей правовой подготовки данных специалистов. Это определяется возрастающим значением правового регулирования отношений в области здравоохранения, быстрым развитием отраслевого законодательства (по Общеправовому классификатору отраслей законодательства – 220 000 000. Законодательство об охране здоровья населения).

В последние годы заметно постепенное смещение центра тяжести законодательства об охране здоровья населения в сторону законов, что является, безусловно, положительным фактом. Очевидно, что определение прав и обязанностей пациентов и медицинских работников в нормативно-правовых актах, обладающих высшей юридической силой, – это надежная гарантия осуществления, охраны и защиты прав; исполнения и соблюдения обязанностей. Наряду с правами и обязанностями в законодательных актах устанавливают различные виды юридической ответственности медицинских работников.

Так, в Основых законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. содержится раздел XII «Ответственность за причинение вреда здоровью граждан». В соответствии со ст. 66 Основ в случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации. При этом согласно ст. 68 Основ возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности. Суммируя сказанное, можно констатировать: при изучении юридических дисциплин на факультете высшего сестринского образования особого

внимания заслуживает вопрос о юридической ответственности медицинских работников.

Понятие **юридической ответственности** является довольно сложным и рассматривается учеными с различных позиций. Одни авторы придерживаются концепции юридической ответственности, как меры государственного принуждения, реакции на совершенное правонарушение. Другие исследователи исходят из более широкого подхода к понятию юридической ответственности, определяя ее как обязанность всех граждан, должностных лиц и организаций соблюдать предписания правовых норм, а в случае неисполнения обязанности претерпевать предусмотренные правом лишения личного или имущественного характера (Хачатуров Р. Л., Ягутян Р. Г., 1995).

Признавая важность и необходимость дальнейшего глубокого теоретического осмысления юридической ответственности, следует подчеркнуть, что в практическом плане **юридическая ответственность медицинских сестер с высшим образованием может возникнуть в случае совершения ими правонарушения**. В этом случае юридическая ответственность будет состоять в применении к правонарушителю предусмотренных законом санкций уполномоченными на это государственными или иными органами. В зависимости от характера правонарушения (дисциплинарные, административные, гражданские проступки, преступление) могут возникнуть различные виды юридической ответственности: дисциплинарная, административная, гражданско-правовая, уголовная.

Дисциплинарная ответственность представляет собой обязанность работника понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за виновное, противоправное неисполнение своих трудовых обязанностей (Толкунова В. Н., Гусов К. Н., 1995). Общим объектом дисциплинарного правонарушения является дисциплина труда, ее нарушение влечет дисциплинарную ответственность. В п. 24 постановления Пленума Верховного суда Российской Федерации от 22 декабря 1992 года «О некоторых вопросах применения судами Российской Федерации законодательства при разрешении трудовых споров» разъяснено, что нарушением трудовой дисциплины является неисполнение или ненадлежащее исполнение по вине работника возложенных на него трудовых обязанностей (нарушение правил внутрен-

него трудового распорядка, должностных инструкций, положений, приказов администрации, технических правил и т. п.).

К таким нарушениям, в частности, относятся:

а) отсутствие работника без уважительных причин на работе в пределах трех часов в течение рабочего дня, а также нахождение без уважительных причин не на своем рабочем месте, а в помещении другого или того же цеха, отдела и т. п., либо на территории предприятия, учреждения, организации или объекта, где он должен выполнять трудовые функции, в том числе и более трех часов в течение рабочего дня;

б) отказ работника без уважительных причин от выполнения трудовых обязанностей в связи с изменением в установленном порядке норм труда;

в) отказ или уклонение без уважительных причин от медицинского освидетельствования работников некоторых профессий, а также отказ работника от прохождения в рабочее время специального обучения и сдачи экзаменов по технике безопасности и правилам эксплуатации, если это является обязательным условием допуска к работе.

В аспекте нарушения дисциплины, связанного с отказом или уклонением без уважительных причин от медицинского освидетельствования работников некоторых профессий, медицинской сестре-руководителю следует обратить внимание на следующие новые нормативно-правовые акты: постановление правительства Российской Федерации от 4 сентября 1995 г. № 877 «Об утверждении перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров» и приказ Минздравмедпрома России и Госкомсанэпиднадзора России от 5 октября 1996 г. № 280/88 «Об утверждении временных Перечней вредных, опасных веществ и производственных факторов, а также работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры работников».

За нарушение трудовой дисциплины администрация предприятия, учреждения, организации в соответствии со ст. 135 Кодекса законов о труде Российской Федерации

(КЗоТ РФ) применяет следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор, увольнение. При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть совершенного проступка, обстоятельства, при которых он совершен, предшествующая работа и поведение работника. Согласно ст. 136 КЗоТ до применения дисциплинарного взыскания от работника должно быть затребовано письменное объяснение.

Дисциплинарное взыскание применяется непосредственно за обнаружением проступка, но не позднее одного месяца со дня его обнаружения, не считая времени болезни работника или пребывания его в отпуске. Взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии или проверки финансово-хозяйственной деятельности — не позднее двух лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу. За каждый проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

Приказ (распоряжение) или постановление о применении дисциплинарного взыскания с указанием мотивов его применения объявляется (сообщается) работнику, подвергнутому взысканию, под расписку. В ст. 137 КЗоТ РФ записано: «Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не подвергшимся дисциплинарному взысканию». В соответствии со ст. 39 КЗоТ взыскания в трудовую книжку не записываются.

Говоря о дисциплинарной ответственности медицинских сестер-руководителей, следует учитывать особенности правового статуса названных специалистов в лечебно-профилактическом учреждении. С одной стороны, эти специалисты, как все работники, обязаны соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, с другой стороны, медицинские сестры-руководители, наряду с главным врачом, его заместителями, заведующими отделениями несут ответственность за эффективную организацию труда всех субъектов лечебно-диагностического процесса.

Изучение практики применения дисциплинарных взысканий к медицинским работникам лечебно-профилактических учреждений убеждает в том, что в ряде случаев

администрация и работники не придают должного значения дисциплинарной ответственности как одному из видов юридической ответственности. Со стороны администрации это проявляется в определенной легкости применения дисциплинарных взысканий без глубокого анализа каждого факта нарушения трудовой дисциплины. В свою очередь работники нередко проявляют равнодушное отношение к дисциплинарным взысканиям. Последнее удивляет в большей степени, поскольку нарушение дисциплины труда любым субъектом лечебно-диагностического процесса всегда связано с возможностью причинения вреда здоровью пациентов. Поэтому через отношение к своим профессиональным обязанностям достаточно отчетливо проявляются интеллектуальные и нравственные качества личности медицинского работника. В этой связи дисциплинарная ответственность представляет собой очень серьезную меру воздействия на медицинского работника. Не случайно в ст. 136 КЗоТ предусмотрена возможность обжалования дисциплинарного взыскания в порядке, установленном законом.

В трудовом праве наряду с дисциплинарной ответственностью рассматривается **материальная ответственность**. Она подразделяется на: 1) материальную ответственность работника за ущерб, причиненный работодателю; 2) материальную ответственность работодателя за ущерб, причиненный работнику. Моральная ответственность может быть **индивидуальной** (ограниченной или полной) и **коллективной**. Медицинской сестре с высшим образованием следует обратить особое внимание на индивидуальную материальную ответственность, так как в ее распоряжении может находиться большой объем имущества лечебно-профилактического учреждения.

Согласно ст. 119 КЗоТ РФ за ущерб, причиненный предприятию, учреждению, организации при исполнении трудовых обязанностей, работники, по вине которых причинен ущерб, несут материальную ответственность в размере прямого действительного ущерба, но не более своего среднего месячного заработка. Материальная ответственность свыше среднего месячного заработка допускается лишь в случаях, указанных в законодательстве. Видно, что в этом случае возмещение ущерба ограничивается по отношению к заработанной плате.

Если речь идет о полной материальной ответственности работника, то он возмещает ущерб в полном объеме. В ст. 121 КЗоТ РФ записано: «Работники в соответствии с законодательством несут материальную ответственность в полном размере ущерба, причиненного по их вине предприятию, учреждению, организации, в следующих случаях:

1) когда ущерб причинен преступными действиями работника, установленными приговором суда;

2) когда в соответствии с законодательством на работника возложена полная материальная ответственность за ущерб, причиненный предприятию, учреждению, организации при исполнении трудовых обязанностей;

3) когда между работником и предприятием, учреждением, организацией в соответствии со ст. 121 настоящего Кодекса заключен письменный договор о принятии на себя работником полной материальной ответственности за необеспечение сохранности имущества и других ценностей, переданных ему для хранения или для других целей;

4) когда ущерб причинен не при исполнении трудовых обязанностей;

5) когда имущество и другие ценности были получены работником под отчет по разовой доверенности или по другим разовым документам;

6) когда ущерб причинен недостатчей, умышленным уничтожением или умышленной порчей материалов, полуфабрикатов, изделий (продукции), в том числе при их изготовлении, а также инструментов, измерительных приборов, специальной одежды и других предметов, выданных предприятием, учреждением, организацией работнику в пользование;

7) когда ущерб причинен работником, находившимся в нетрезвом состоянии».

Следовательно, учитывая, что трудовая функция медицинских сестер-руководителей в основном связана с организационным и материально-техническим обеспечением лечебно-диагностического процесса, в случае совершения ими соответствующего правонарушения, они могут быть привлечены к дисциплинарной и материальной ответственности, в том числе к полной материальной ответственности.

Административная ответственность — это применение государственными органами, должностными лицами и пред-

ставителями власти установленных государством мер административного воздействия к гражданам, а в соответствующих случаях – и к организациям за нарушения законности и государственной дисциплины (Овсянко Д. М., 1995).

В соответствии со ст. 24 Кодекса об административных правонарушениях (КоАП РСФСР) за совершение **административных правонарушений** могут применяться следующие административные взыскания:

- 1) предупреждение;
- 2) штраф;
- 3) возмездное изъятие предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным объектом административного правонарушения;
- 4) конфискация предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным объектом административного правонарушения;
- 5) лишение специального права, предоставленного данному гражданину (права управления транспортными средствами, права охоты);
- 6) исправительные работы;
- 7) административный арест.

В основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан предусмотрены меры административного взыскания в виде лишения лицензий, приостановления их действия лицензионными комиссиями при несоблюдении предприятиями, учреждениями, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения требований стандартов качества медицинской помощи (ст. 15), а также в виде лишения лиц, занимающихся определенными видами медицинской и фармацевтической деятельности, лицензии или приостановление ее действия в случае несоответствия осуществляемой ими деятельности установленным стандартам качества медицинской помощи или положениям, закрепленным настоящими основами (ст. 55).

Медицинским сестрам-руководителям следует помнить, что в регулировании организационных и управленческих отношений в лечебно-профилактических учреждениях важная роль принадлежит административному праву. Большое количество правил, положений, инструкций, приказов подчинено задаче регулирования вертикальных и горизон-

тальных связей субъектов здравоохранения. Среди множества административных правонарушений особого внимания заслуживают санитарные правонарушения, так как в лечебно-профилактических учреждениях они встречаются достаточно часто и напрямую затрагивают права пациента.

В соответствии со ст. 30 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан при обращении за медицинской помощью и ее получении, пациент имеет право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Обеспечение таких условий во многом зависит от работы медицинских сестер с высшим образованием. Нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм влечет за собой административную ответственность по ст. 42 КоАП РФ.

Наряду с данной статьей медицинской сестре с высшим образованием необходимо изучить Инструкцию о порядке привлечения должностных лиц, граждан к административной ответственности и наложения штрафов на юридических лиц за санитарные правонарушения, утвержденную приказом Госкомсанэпиднадзора России от 7 июля 1993 г., № 61. Настоящая Инструкция регулирует порядок составления протокола о санитарном правонарушении, рассмотрения дела, вынесения постановления (о наложении административного взыскания, прекращении делопроизводства), порядок его обжалования и исполнения.

Должностное лицо несет ответственность за совершение санитарного правонарушения, если выполнение санитарного законодательства, санитарных правил, норм и гигиенических нормативов входит в его служебные обязанности. Медицинская сестра-руководитель, выполняя организационно-распорядительные или административно-хозяйственные обязанности, является должностным лицом. В этой связи ей необходимо четко знать свои обязанности по соблюдению санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм.

Административное взыскание (в виде предупреждения или штрафа) может быть наложено не позднее двух месяцев со дня совершения правонарушения, а при длящемся правонарушении — двух месяцев со дня его обнаружения. В случае отказа в возбуждении уголовного дела, либо

прекращении уголовного дела, но при наличии в действиях нарушителя признаков административного правонарушения, Главный Государственный санитарный врач или его заместитель, получив материалы из органов дознания или следствия, имеют право наложить административное взыскание не позднее месяца со дня принятия решения об отказе в возбуждении уголовного дела, либо о его прекращении. Если административное взыскание не наложено в указанные сроки, то виновное лицо не может быть привлечено к ответственности за данное правонарушение.

Рассмотрев дело о санитарном правонарушении, Главный Государственный санитарный врач или его заместитель выносит одно из следующих постановлений:

1) постановление о наложении взыскания (форма № 003/у);

2) постановление о прекращении дела производством (форма № 012/у). Постановление о наложении взыскания подлежит исполнению с момента его вынесения. При обжаловании или опротестовании постановления оно подлежит исполнению после оставления жалобы или протеста без удовлетворения. Не подлежит исполнению постановление о наложении административного взыскания, если оно не было обращено к исполнению в течение трех месяцев со дня вынесения.

Медицинская сестра-руководитель: должна помнить, что даже, на первый взгляд, незначительное нарушение (например, занижение концентрации раствора хлорамина, применяемого для дезинфекции неметаллического инструментария) может повлечь за собой административную ответственность. Поэтому надежным средством предупреждения административной ответственности за санитарное правонарушение является строгое соблюдение всех санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм в лечебно-профилактических учреждениях.

Гражданско-правовая ответственность есть одна из форм государственного принуждения, связанная с применением санкций имущественного характера, направленных на восстановление нарушенных прав и стимулирование нормальных экономических отношений юридически равноправных участников гражданского оборота (Суханов Е. А., 1993).

Гражданско-правовая ответственность может быть **договорной и внедоговорной**. Договорная ответственность воз-

никает в том случае, когда одна из сторон не исполняет или ненадлежаще исполняет свои обязательства (например, лечебно-профилактическое учреждение не исполняет или ненадлежащим образом исполняет обязательства, связанные с объемом, сроками и качеством медицинской помощи по договору на предоставление лечебно-профилактической помощи). Внедоговорная ответственность медицинских учреждений и медицинских работников возникает в случаях причинения вреда здоровью граждан.

Прежде всего, рассматривая вопрос о гражданско-правовой ответственности, важно подчеркнуть возможность ее применения как к медицинским учреждениям, так и к медицинским работникам. В ст. 402 Гражданского кодекса (ГК РФ) определено: «Действия работников должника по исполнению его обязательства считаются действиями должника. Должник отвечает за эти действия, если они повлекли неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства». Следовательно, по общему правилу, за действия медицинских работников, повлекшие причинение вреда здоровью пациентов, гражданско-правовую ответственность несет лечебно-профилактическое учреждение. Вместе с тем должник (лечебно-профилактическое учреждение) имеет право регресса (обратного требования) к медицинскому работнику, виновному в причинении вреда здоровью пациента. Из ст. 68 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан следует возможность возмещения ущерба медицинскими и фармацевтическими работниками в случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть.

В ст. 15 Закона РФ от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан РФ» говорится о праве страховой медицинской организации предъявить в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине. Представляется, что персональная гражданско-правовая ответственность может быть возложена на медицинских работников, занятых в частной системе здравоохранения.

ранения (например, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица).

Недобросовестное выполнение медицинской сестрой-руководителем своих профессиональных обязанностей может повлечь причинение физического и морального ущерба (вреда) здоровью граждан. Учитывая специфику трудовой функции главной медицинской сестры, особо следует остановиться на возможности причинения **морального вреда пациентам.**

Наиболее полно понятие морального вреда раскрыто в постановлении Пленума Верховного суда Российской Федерации от 20 декабря 1994 г. № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда». В п. 2 данного постановления записано: «Под моральным вредом понимают нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т. п.), или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законами об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности) либо нарушающими имущественные права гражданина.

Моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием семейной, врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий и др.».

В аспекте профессиональной деятельности руководителей сестринских служб лечебных учреждений следует остановиться на возможности причинения ими морального вреда пациентам путем раскрытия врачебной тайны, за что в настоящее время предусмотрена также и уголовная ответ-

ность. Согласно ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей. В случае разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, медицинская сестра-руководитель может быть привлечена к уголовной ответственности, кроме того, потерпевший может предъявить иск о возмещении морального вреда.

Важно подчеркнуть, что и в Основах законодательства об охране здоровья граждан, и в Законе о медицинском образовании речь идет о гражданско-правовой ответственности, возникающей лишь при наличии вины медицинских учреждений и медицинских работников в причинении вреда здоровью граждан. Наряду с этим в гражданском праве имеются нормы, определяющие возмещение вреда без вины причинителя. Так, владелец источника повышенной опасности обязан возместить вред, причиненный без его вины, если не докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы, умысла потерпевшего, грубой неосторожности потерпевшего, неправомерного завладения источником повышенной опасности.

М. Н. Малеина (1995) считает, что в число источников повышенной опасности в сфере врачебной деятельности можно включить, например, рентгеновские установки, рентгеновские ванны, кобальтовые пушки, ядерные водители, лазеры, лазерные аппараты, приборы с использованием ультразвука, ядовитые, наркотические, сильнодействующие лекарственные препараты, взрыво- и огнеопасные лекарственные средства (эфир и др.), использование электрических токов. В этой связи, по мнению автора, лечебная деятельность неоднородна и не может быть признана в целом источником повышенной опасности, но отдельные виды (способы) лечения соответствуют определению источника повышенной опасности, выработанному юридической наукой и воспринятому судебной практикой.

В этой связи медицинским сестрам-руководителям следует обратить особое внимание на обеспечение безопасности современных медицинских технологий, связанных нередко с применением источников повышенной опасности. Гарантиями такой безопасности могут служить грамотная договорная политика на рынке медицинской техники, строгое соблюдение правил эксплуатации сложной аппаратуры и постоянный контроль за ее исправностью. Чем больше медицинская сестра-руководитель будет уделять внимание безопасности медицинских технологий, тем меньше вероятность причинения вреда здоровью пациентов источником повышенной опасности.

Уголовная ответственность — это предусмотренное уголовно-правовой нормой и примененное к лицу вступившим в силу обвинительным приговором суда государственно-принудительное воздействие за совершенное преступление (Кладков А. В., 1994).

24 мая 1996 года Государственной Думой принят Уголовный кодекс Российской Федерации, который введен в действие с 1 января 1997 года. На некоторые статьи УК РФ руководители сестринских служб лечебных учреждений должны обратить особое внимание. Медицинские работники могут быть привлечены к ответственности по ст. 105 «Убийство» в случае умышленного причинения смерти другому человеку при эвтаназии или в целях использования органов или тканей потерпевшего. Согласно ст. 45 Основ медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В одном из проектов нового УК предусматривалась ответственность за убийство из сострадания к тяжело больному человеку (эвтаназия), но затем этот состав преступления был исключен. Теперь за такое преступление наступает ответственность по ч. 1 ст. 105 (Бородин С. В., 1996). Убийство с целью использования органов или тканей потерпевшего (п. «м», ч. 2 ст. 105) является отягчающим

деятельством. Субъектами данного преступления могут быть медицинские работники, поскольку без них совершение этого преступления представляется маловероятным. Следует подчеркнуть, что ст. 120 УК РФ предусматривает личную ответственность за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации.

Ч. 4 ст. 122 УК РФ установлено: «Заражение другого ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей — вывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет». В данном случае речь идет о заражении ВИЧ-инфекцией при переливании крови или при использовании нестерильных медицинских инструментов.

Ст. 124 «Неоказание помощи больному» определено: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного;

наказывается штрафом в размере от пятидесяти до ста минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

То же деяние, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больного, либо причинение тяжкого вреда его здоровью;

наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Указанные статьи Уголовного кодекса, а также ст. 118 «Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности» заслуживают внимания медицинских работников, главным образом в аспекте надлежной организации сестринского процесса, исключающей причинение медицинскими сестрами деяний, за которые они несут ответственность по вышеприведенным статьям УК РФ.

Медицинская сестра-руководитель, выполняя в пределах своей компетенции организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции, является должностным лицом. Следовательно, она в случае совершения правонарушения может быть субъектом преступлений, включенных в главу 30 УК РФ «Преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления». Из преступлений, названных в данной главе, в первую очередь необходимо обратить внимание на халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций, либо охраняемых законом интересов общества или государства.

По характеру своей деятельности медицинская сестра-руководитель имеет отношение к хранению материальных ценностей, инвентаризации, отпуску изделий медицинского назначения и лекарственных средств. Нарушение правил хранения, инвентаризации, отпуска изделий медицинского назначения рассматривается как невыполнение должностным лицом своих обязанностей, а ненадлежащее оформление вышеуказанных действий свидетельствует о ненадлежащем выполнении должностным лицом своих обязанностей.

Говоря о лекарственных препаратах, следует заметить, что если речь идет о наркотических средствах или психотропных веществах, то медицинская сестра с высшим образованием должна знать, что в Уголовном кодексе имеются статьи, предусматривающие ответственность за незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозку, пересылку, либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228), за хищение, либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (ст. 229), за незаконную выдачу, либо подделку рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233).

Таким образом, руководители сестринских служб и подразделений лечебных учреждений в случае совершения ими правонарушений несут установленную законом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголов-

ную ответственность. Представляется, что важными факторами предупреждения юридической ответственности медицинских сестер-руководителей, являются высокий профессионализм, добросовестное отношение к своим обязанностям и правовая культура.

Рекомендованная литература

1. Бородин С. В. Преступления против жизни / В кн.: Новое Уголовное право России. Особенная часть. Учебное пособие. — М.: Зерцало, ТЕИС, 1996. — С. 28–50.
2. Кладков А. В. Уголовная ответственность и ее основания / В кн.: Уголовное право. Учебник под ред. Б. В. Здравомыслова, Ю. А. Красикова, А. И. Рагора. — М.: Юрид. лит., 1994. — С. 50–64.
3. Маленина М. Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие. — М.: Изд-во БЕК, 1995. — 272 с.
4. Овсянка Д. М. Административное право: Учебное пособие для студентов юридических факультетов и институтов / Отв. ред. проф. Г. А. Туманов. — М.: Юрист, 1995. — 304 с.
5. Суханов Е. А. Гражданское право. В 2-х томах. Том 1. — М.: Изд-во БЕК, 1993. — 384 с.
6. Толкунова В. Н., Гусов К. Н. Трудовое право России: Учебное пособие / Под ред. В. Н. Толкуновой. — М.: Юрист, 1995. — 448 с.
7. Хачатуров Р. Л., Ягутян Р. Г. Юридическая ответственность. — Тольятти: Международная академия бизнеса и банковского дела, 1995. — 200 с.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Экономические вопросы в работе медицинской сестры-руководителя

Неуклонный рост цен на медицинские услуги потребовал от многих стран решения проблемы эффективного использования дорогостоящих больничных коек. Особую актуальность в связи с этим приобрела идея дифференцированного обслуживания больных в стационаре, в том числе создание (перепрофилирование) лечебных учреждений для кратко- и долгосрочного пребывания больных, формирование структурных подразделений больниц, различающихся по степени интенсивности в них лечения и ухода: отделений (палат) интенсивного лечения и ухода, реабилитации; развертывание медико-социальных учреждений типа больниц сестринского ухода для хронических больных, престарелых и инвалидов. В основе такого перераспределения имеющихся коек лежат в первую очередь экономические факторы. Содержание одной койки в больнице обходится почти в 2–2,5 раза дороже, чем в доме сестринского ухода. Экономическая эффективность сестринских коек подтверждена результатами многочисленных зарубежных и отечественных исследований.

Интенсификация предоставляемой пациентам помощи и соответствующее сокращение сроков их пребывания в стационарах, организация широкой сети больниц (отделений) сестринского ухода, предоставление помощи населению непосредственно на дому при условии соответствующей квалификации сестринских кадров являются для России одним из возможных путей сохранения объемов медицинской и медико-социальной помощи населению и в значительной степени одним из реальных способов решения экономических проблем здравоохранения.

Проведенный в различных странах анализ многочисленных исследований по выявлению наиболее актуальных потребностей в сестринской помощи свидетельствует об

универсальном характере и абсолютном совпадении этих потребностей во всех регионах мира. Высокопрофессиональные сестринские кадры повсеместно имеют решающее значение для эффективной и рациональной деятельности служб здравоохранения в четырех основных направлениях:

- 1) профилактическая помощь населению;
- 2) лечебно-диагностическая помощь (около 80% медицинских сестер работают в больницах, мониторинг состояния пациента, работа на современной медицинской аппаратуре, принятие профессиональных решений и обеспечение всестороннего ухода являются отражением качества медицинской помощи в лечебном учреждении);
- 3) реабилитационная помощь и медико-социальная помощь хронически больным, старикам и инвалидам;
- 4) оказание медико-социальной помощи инкурабельным и умирающим пациентам.

Ценообразование в здравоохранении

Определяющая роль в организации всех перечисленных направлений принадлежит руководителям сестринских служб, начиная от старших медицинских сестер отделений лечебно-профилактических учреждений и заканчивая специалистами по сестринскому делу районных, городских и территориальных департаментов здравоохранения.

В процессе децентрализации управленческой власти сестрам-руководителям делегируются новые профессиональные задачи. Фактически в существующей ситуации сестре-руководителю приходится действовать и принимать управленческие решения в чрезвычайно сложных условиях крайней нестабильности, стресса, постоянного дефицита всех видов ресурсов и ограниченных возможностей мотивации персонала. Для успешного выполнения этой роли медицинской сестре недостаточно лишь хороших знаний в области ее профессиональной компетенции — в области ухода за больными. Важнейшими критериями ценности руководителя становятся его управленческая компетенция, лидерские качества, экономические знания в области ценообразования и рыночной экономики, видение будущего, хорошие коммуникативные способности и оптимизм.

Так в функциональные обязанности главных и старших медицинских сестер входит: организация труда среднего и младшего медицинского персонала, ведение необходимой учетно-отчетной документации, обеспечение и систематическое пополнение отделения медицинским инструментарием, медикаментами, предметами ухода за больными, их распределение и контроль за их использованием, обеспечение сохранности имущества и медицинского инвентаря в отделении и своевременного ремонта оборудования, контроль точного выполнения назначений врача медицинскими сестрами. Медицинская сестра-руководитель участвует в работе совета медицинских сестер, вносит предложения о поощрении и наложении взысканий среднего и младшего медицинского персонала.

Таким образом, роль медицинских сестер в формировании стоимости и качественной оценке медицинских услуг достаточно велика, особенно в условиях возможного одновременного оказания медицинских услуг лечебно-профилактическим учреждением на разной основе:

- услуги бесплатные (государственное здравоохранение);
- услуги в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- платные услуги на договорной и рыночной основе.

Для выполнения своих обязанностей в такой ситуации главные и старшие медицинские сестры должны четко знать и разделять затраты по каждому виду оказываемых услуг, а также знать, какой эффект окажет на конечный результат (стоимость услуги) качество работы каждой медицинской сестры. Для заключения и выполнения договоров по техническому обслуживанию медицинской аппаратуры необходимо знать правовые аспекты и законодательство. Для оценки качества работы среднего и младшего медицинского персонала необходимо знать медико-экономические стандарты, трудовое законодательство и расчет фонда оплаты труда в зависимости от качества, вида и объема оказываемых услуг.

Термин «цена» медицинской услуги в условиях бесплатного для населения здравоохранения фактически не использовался, за исключением единичных видов услуг, которые пациенты оплачивали по расценкам, установленным в централизованном порядке в соответствии с инструкциями и приказами Министерства здравоохранения

СССР. Эти расценки определялись нормативным методом и оставались стабильными длительное время. Переход от плановой экономики к рыночной вызвал коренную перестройку системы ценообразования.

При бюджетном здравоохранении финансирование выделялось по нормам (утвержденным сметам расходов) в разрезе статей затрат, при переходе к рыночным отношениям происходит переход к **нормированию постоянных расходов** (к постоянным расходам относятся расходы учреждения, не зависящие от объема оказанных услуг) и **тарификации по переменным или прямым расходам** (в системе обязательного медицинского страхования), а также к самостоятельному определению цены лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) при оказании услуг по договорам и платных медицинских услуг с расчетом себестоимости услуг в разрезе элементов затрат:

- **материальные затраты;**
- **затраты на оплату труда;**
- **начисления;**
- **амортизация;**
- **прочие затраты.**

Схему ценообразования можно разделить на четыре основных этапа:

I — подготовительный этап — конкретизация задач и выбор метода ценообразования;

II — этап сбора первичной информации и оперативного экономического анализа;

III — этап определения себестоимости — расчет затрат на заработную плату, прямых, косвенных и накладных расходов;

IV — этап формирования цены — включение в структуру цены коэффициента рентабельности, поправочных коэффициентов (надбавка-скидка), заключительная экспертная оценка, калькуляция цены и оформление прейскуранта.

Вначале, на первом этапе, медицинское учреждение должно конкретизировать задачи ценообразования по следующим позициям:

— **назначение цены** (внутренняя, прейскурантная, договорная, свободная, цена для расчета со страховыми организациями и т. д.);

— **основная цель введения платных услуг** (повышение материальной заинтересованности медицинских работников,

улучшение использования и развития материально-технической базы, получение прибыли, расширение сферы медицинских услуг, индивидуальное и сервисное обслуживание больных и т. д.);

— условия оказания и оплаты медицинских услуг (кому, где, когда будет оказываться данная услуга, кто и каким образом будет ее оплачивать);

— вид калькуляционного объекта (детальная услуга, простая медицинская услуга, комплексная, комплексная базовая услуга и т. д.);

— метод расчета цены (затратный, нормативный, гонорарный, «затрат на среднего больного», с использованием методики клинико-статистических групп, удельных единиц трудоемкости и т. д.).

Затем проводится инструктивно-методическая работа с сотрудниками лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

На втором этапе производится сбор первичной информации и оперативный экономический анализ. От качества этого этапа зависит достоверность конечных результатов. Основная работа по сбору первичной информации лежит на среднем медицинском персонале, старших медицинских сестрах и главной медицинской сестре.

Для расчета стоимости медицинской услуги необходима информация о количестве оказанных за определенный период услуг данного вида, количественной оценке необходимых материалов и медикаментов. При отсутствии нормативных показателей материальных затрат можно либо фиксировать фактический их расход, либо прибегать к экспериментальным методам, которые чаще используются в условиях недостаточного обеспечения отделений и служб материалами и медикаментами, когда реальные затраты явно недостаточны и поэтому не могут быть заложены в основу расчетов. Определение трудозатрат на данном этапе чаще проводится нормативным или затратным методом (путем хронометража и самохронометража). При этом необходимо учитывать, что платные медицинские услуги (если это не единственная форма оказания услуг данным учреждением) не являются основной деятельностью и поэтому не могут оказываться параллельно основной деятельности и в рабочее время специалистов.

В ходе сбора первичной информации экономистами проводится оперативный (сравнительный) экономический анализ. Изучение финансовой документации, оценка показателей состояния и использования основных фондов, анализ результатов бюджетной и хозрасчетной деятельности — все это фактически составляет единовременную комплексную диагностику функционирования ЛПУ, которая необходима для определения стоимости медицинских услуг.

Третий этап — этап определения себестоимости — включает в себя *расчет затрат на заработную плату, прямых, косвенных и накладных расходов на оказание медицинской услуги*. Расчет заработной платы складывается из двух основных моментов: определения трудозатрат на оказание услуги и вычисления стоимости единицы трудоемкости. При этом следует учитывать следующие моменты: более опытные и высококвалифицированные специалисты тратят в среднем меньше времени на оказание медицинских услуг; затраты времени на заполнение необходимой медицинской документации; сложность манипуляции, степень риска, возможность осложнений, нервно-психической нагрузки и т. п.

После определения основных элементов затрат формируется цена — это **четвертый этап**. В зависимости от вида рассчитываемой цены будут различны ее структура и соответственно уровень (табл. 7).

Норматив рентабельности может быть рассчитан тремя основными способами:

- по отношению к себестоимости,
- пропорционально основным фондам,
- пропорционально соответствующим затратам используемых ресурсов.

Расчет цен завершается оформлением документации. **Основными итоговыми документами являются калькуляционные листы и прейскурант**. Калькуляционный лист должен содержать следующие графы:

- порядковый номер,
- код (для унифицированного учета и машинной обработки),
- калькуляционный объект (полное наименование услуги),

Сравнительная характеристика структуры некоторых видов цен*

Структура цены	Вид цены			
	внутренняя	прейскурантная	договорная	свободная
Заработная плата	Согласно тарифной сетке		Согласно договору	Устанавливается ЛПУ самостоятельно
Начисления на зарплату	Устанавливается законодательно			
Прямые расходы	Рассчитываются преимущественно нормативным методом		Рассчитываются преимущественно затратным методом	
Накладные расходы	Не включаются	Рассчитываются затратным методом		
Рентабельность	Не включается	Согласно нормативу	Согласно договору	Устанавливается ЛПУ самостоятельно

* Карасева Т. В. // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — М., 1996. — № 2. — С. 23.

- калькуляционная единица (один сеанс, один курс, один анализ и т. д.),
- структура себестоимости,
- рентабельность,
- надбавка-скидка,
- прейскурантная цена.

Текущая коррекция цен должна проводиться не реже одного раза в квартал. При этом необходимо учитывать три основных фактора: уровень инфляции, изменение масштаба цен и покупательскую способность населения. Текущую коррекцию целесообразно проводить с использованием вычислительной техники, уменьшая возможность ошибок при расчете и увеличивая динамичность прейскуранта.

Страховая медицина

Страхование — это система экономических отношений по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Главными сторонами таких отношений выступают: страховщик, то есть страховая организация, создающая денежные фонды и производящая из них выплаты в возмещение потерь от стихийных бедствий, неблагоприятных явлений, а также при определенных событиях в жизни людей; страхователь — предприятия, организации, граждане, вносящие деньги в фонды страхования для приобретения права на получение из них выплат при указанных выше событиях; застрахованный — лицо, имущественные интересы которого выступают объектом страхования.

Новая система здравоохранения базируется на страховой медицине, которая как отрасль включает в себя медицинское обслуживание населения, проведение научных исследований и разработок в области медицины, подготовку медицинских кадров, строительство объектов здравоохранения, материально-техническое обеспечение лечебно-профилактических учреждений.

Медицинское страхование является частью социального страхования — системы, защищающей граждан от факторов социального риска. К таким рискам относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, материнство, старость, безработица, смерть родственников. Медицинское страхование обеспечивает страхование потерь здоровья от различных причин.

Как и когда в России появилось медицинское страхование? В XVII—XIX вв. медицинское страхование возникло в нашей стране и развивалось как общественный институт. Это было обусловлено социальным движением в среде ремесленников и наемных рабочих. Такой же процесс происходил и в странах Европы. Например, ремесленники Германии в XVII веке организовали первые страховые (больничные) кассы, которые осуществляли медицинское (больничное) страхование, обеспечивающее оплату медицинских услуг ремесленникам и членам их семей. С принятием в 1866 году закона, устанавливающего обя-

занность фабрикантов обеспечивать рабочих медицинской помощью, и закона 1882 года, утвердившего фабричную инспекцию, наряду с добровольным медицинским страхованием появляется обязательное медицинское страхование и становится частью социального страхования. В это же время страховые законы были приняты в большинстве стран Европы.

В начале двадцатого века, практически одновременно с Англией, Голландией, Норвегией, Румынией и Сербией, в России получили распространение больничные кассы, ставшие важнейшим звеном медицинского страхования. Средства больничных касс состояли из взносов рабочих и предпринимателей. При этом, в соответствии с законом, взносы рабочих в полтора раза превышали взносы предпринимателей. Основной функцией больничной кассы была выдача пособий в случае болезни, увечья, родов и смерти. Наряду с помощью самим застрахованным по решению общих собраний больничных касс можно было оказывать помощь членам семей. В пределах $\frac{2}{3}$ средств больничные кассы имели право организовывать лечебницы для членов семей застрахованных. Первая кассовая лечебница была создана в России в 1914 году при тульских меднопрокатных и патронных заводах.

Реформирование системы социального страхования и медицинского страхования как его части продолжалось в течение периода деятельности Временного правительства, но осталось нереализованным.

В 1917 году Народным комиссариатом была объявлена страховая программа Советского правительства, повторявшая программу «Рабочая страховая медицина», прозвучавшую в 1912 году на Пражской конференции РСДРП. Больничные кассы в соответствии с декретами создали систему лечебных учреждений. Однако создание в 1918 году Народного комиссариата здравоохранения привело к существованию двух параллельных систем здравоохранения: «рабочей страховой медицины», подчиненной Народному комиссариату труда, и «советской медицины», созданной на основе земской и городской медицины и подчиненной Народному комиссариату здравоохранения. Это привело к принятию решения об объединении страховой медицины с общегосударственной в единую советскую медицину.

Вновь возрождение медицинского страхования как части социального страхования произошло во времена НЭПа, а по окончании этого периода в виде отдельных элементов социального страхования (финансирование отдельных видов профилактической и оздоровительной работы на промышленных предприятиях).

При переходе России к рыночным отношениям в финансировании системы здравоохранения наступил кризис, возникла необходимость реформирования здравоохранения, поиска новых источников финансирования и одновременно повышения эффективности работы учреждений здравоохранения. Выходом из этого кризиса стало введение медицинского страхования: в 1991 году был принят Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР», а после внесения в него изменений и дополнений в части организации структуры и источников финансирования медицинского страхования в 1993 году была принята новая редакция Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Согласно этому Закону медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи в рамках программы ОМС.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляется на основе договоров ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами ОМС.

Субъектами медицинского страхования являются: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования.

Страховой фонд в государственной системе обязательного медицинского страхования образуется за счет взносов страхователей:

- **работодателей**, в размере 3,6% от фонда оплаты труда (на работающее население);
- **местного бюджета**, в размере среднедушевого норматива (на неработающее население);

— а также безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования, доходы от ценных бумаг и т. п.

Источником образования страхового фонда ДМС являются средства работодателей при групповом страховании в пользу работников и личные средства граждан при личном страховании.

Страховые взносы на ОМС поступают в **фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС)** — некоммерческие финансово-кредитные учреждения, предназначенные для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Порядок сбора страховых взносов на обязательное медицинское страхование разрабатывается Правительством РФ и утверждается Государственной Думой РФ. Организация, структура, финансирование и деятельность фондов ОМС осуществляются в соответствии с «Положением о федеральном фонде ОМС» и «Положением о территориальном фонде ОМС», утвержденными 24 февраля 1993 года постановлением Верховного Совета РФ.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС) финансируют **страховые медицинские организации (СМО)** из расчета количества застрахованных каждой СМО, в обязанность которых входит осуществление деятельности по ОМС на некоммерческой основе. Страховые медицинские организации заключают договора с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, контролируют объем, сроки и качество медицинской помощи, защищают интересы застрахованных. Деятельность СМО, работающих в медицинском страховании, осуществляется при наличии государственной лицензии, выдаваемой Федеральной службой Росстрахнадзора.

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли организаций и личных средств граждан. Средства страхователя поступают непосредственно в страховую медицинскую организацию, осуществляющую свою деятельность на коммерческой основе, которая, так же как и в ОМС, заключает договора с медицинскими учреждениями на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг застрахованным.

Деятельность СМО, работающих в ДМС, регламентируется нормативными актами Министерства финансов РФ и Росстрахнадзора, а работающих в ОМС — еще и актами Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Страховые медицинские организации оплачивают оказанные услуги медицинским учреждениям, имеющим лицензию на осуществление деятельности по программам медицинского страхования и прошедшим аккредитацию.

Лицензирование — это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению (организации) на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного страхования.

Аккредитация медицинских учреждений (организаций) — определение их соответствия установленным профессиональным стандартам.

Лицензированию и аккредитации подлежат все медицинские учреждения (организации) независимо от форм собственности. Лицензирование согласно Положению о лицензировании медицинской деятельности, утвержденному постановлением Правительства РФ от 25 марта 1996 г. № 350, осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Аккредитацию проводят комиссии, создаваемые из представителей местной администрации, органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций.

Важнейшей задачей лицензирования лечебно-профилактической деятельности является определение объемов и качества оказываемой населению помощи. Для получения лицензии медицинское учреждение должно направить в лицензионные органы:

- заявление о выдаче лицензии с указанием: наименования и организационно-правовой формы, юридического адреса, номера расчетного счета, наименования обслуживающего банка; вида (видов) медицинской деятельности; срока действия лицензии;

- копию учредительных документов;

- копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица;

- справку налогового органа о постановке на учет;

— сведения о профессиональной подготовке специалистов, осуществляющих лицензируемую медицинскую деятельность;

— данные о нормативно-методическом обеспечении, организационно-технических возможностях и материально-техническом оснащении для выполнения соответствующих видов медицинской деятельности (заключение государственных служб санитарно-эпидемиологического и пожарного надзора, а также ГУВД; отчеты и заключения о технике безопасности, техническом состоянии зданий, наличии помещений для хранения медикаментов; на каждый вид лицензируемой деятельности данные о наличии оборудования, аппаратуры и инструментария).

После изучения представленных документов, проведения в случае необходимости (в том числе независимой) экспертизы на местах лицензионный орган принимает решение о выдаче лицензии на срок не менее трех лет (по заявлению лицензиата — менее трех лет). Учреждения, получившие лицензию, имеют право на аккредитацию.

Целью аккредитации является защита интересов потребителя и обеспечение необходимого объема и качества медицинской помощи и услуг в системе медицинского страхования. Поэтому аккредитация медицинского учреждения включает в себя предварительно аккредитацию (сейчас эту роль выполняет аттестация) врачей и медицинских сестер. Аккредитация врачей и медицинских сестер проводится на основании программ, разрабатываемых независимыми экспертами, согласованных с главными специалистами органов управления здравоохранения и утвержденными председателем органа управления здравоохранения и председателем аккредитационной комиссии.

Для прохождения аккредитации врач или медицинская сестра должны направить в аккредитационную комиссию следующие документы:

- заявление;
- копию диплома об окончании медицинского учебного заведения;
- копию диплома о категории;
- копию удостоверения о прохождении повышения квалификации и специализации (в том числе на рабочих местах);

- копию диплома кандидата, доктора медицинских наук, доцента, профессора;
- ответ о деятельности медицинского работника с указанием перечня, объемов и видов выполняемых медицинских работ (к отчету прилагается заключение руководителя структурного подразделения или заместителя главного врача по лечебной работе);
- заявляемые на аккредитацию виды медицинской деятельности;
- копии ранее выданных сертификатов;
- наличие дисциплинарных и административных взысканий на какие-либо виды медицинской деятельности за последний год;
- участие в выполнении территориальных медицинских программ;
- научная деятельность (список трудов, выступлений на научных конференциях, участие в работе научных обществ и т. д.);
- педагогическая деятельность (в том числе работа по совместительству и обучение на рабочих местах);
- послужной список (выписка из трудовой книжки);
- паспортные данные и две фотокарточки.

В соответствии с **Положением об аттестации средних медицинских и фармацевтических работников**, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности России № 131 от 23 мая 1995 года, по специальности «Сестринское дело» аттестуются средние медицинские работники (СМР), занимающие должности медицинских сестер, в том числе главных, старших медицинских сестер, как в больничных, так и в амбулаторно-поликлинических учреждениях. **Уровень квалификации определяется по трем категориям: второй, первой и высшей.**

Вторая квалификационная категория может присваиваться медицинской сестре, имеющей стаж работы по аттестуемой специальности не меньше 3 лет, **первая** — 5 лет, **высшая** — 8 лет. Квалификационная категория по специальности может быть присвоена как по основной, так и по совмещаемой должности. **Переаттестация** на подтверждение квалификационной категории проводится каждые пять лет. Профессиональная компетентность и квалификация специалиста определяются по результатам квалификационного экзамена, который проводится аттестационной

комиссией в виде собеседования или системы тестовых заданий. Специалистам, успешно сдавшим экзамен, присваивается квалификационная категория и выдается удостоверение (сертификат) установленного образца, которое действительно на всей территории РФ. В трудовой книжке делается соответствующая запись.

Медицинское учреждение (организация) для прохождения **аккредитации** направляет в комиссию следующие документы:

- заявление;
- зарегистрированный устав;
- учредительный договор (копию);
- копию ордера или договора на аренду помещения;
- заявляемые на аккредитацию виды медицинской деятельности;
- копии ранее выданных учреждению сертификатов и лицензий;
- копии сертификатов сотрудников, обеспечивающих выполнение заявляемых видов деятельности;
- справку о помещении, оборудовании (раздельно по видам деятельности и по всему учреждению в целом);
- количество работающих, их квалификационные характеристики;
- показатели объема выполняемой деятельности на момент подачи заявления;
- финансовый отчет за последний год (баланс);
- наличие административных и дисциплинарных взысканий на какие-либо виды деятельности за последний год;
- участие в выполнении территориальных медицинских программ;
- анализ качества медицинской помощи в соответствии с территориальной системой контроля качества;
- научная деятельность;
- педагогическая деятельность.

Процедура аккредитации определяется комиссией и предусматривает изучение и соответствие предоставляемых медицинским учреждением (организацией) услуг установленным стандартам. Результатом оценки профессиональных возможностей учреждения является присвоение ему одной из четырех категорий (третья, вторая, первая и высшая) с выдачей сертификата государственного образца. Сертификат выдается на срок не более 5 лет.

Сертификат необходим при заключении медицинским учреждением договора со страховой медицинской организацией.

Оплата медицинских услуг производится по тарифам, которые устанавливаются по соглашению со страховыми медицинскими организациями. При этом в системе ОМС в разработке тарифов на медицинские услуги принимают участие также: органы местной государственной власти, ТФОМС, профессиональные медицинские ассоциации.

Методические основы оценки качества медицинской помощи

Одной из главных целей современной реформы здравоохранения является улучшение **качества медицинской помощи (КМП)**, оказываемой населению. Для достижения указанной цели требуется разработка и внедрение в практику систем объективного контроля и программ адекватного обеспечения КМП. С результатами этих работ напрямую связаны перспективы эффективного развития медицинской и социальной помощи населению в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Многие отечественные исследователи считают, что создание механизма объективной оценки и экспертизы КМП является необходимым условием реального внедрения в практику здравоохранения экономических методов управления. При этом результаты экспертизы КМП должны стать основой для дифференцированной оплаты труда медицинских работников. В создании и систематическом применении на практике механизма КМП заинтересованы все субъекты ОМС, которые определены законом «О медицинском страховании граждан РФ».

Другой важной задачей, для решения которой необходимо создание систем оценки и экспертизы КМП, является совершенствование управления здравоохранением за счет улучшения информационного обеспечения его звеньев и их связи с субъектами и участниками ОМС. Постоянно действующие системы оценки КМП способны обеспечить оперативное выявление объектов, требующих определенных мер коррекции, выявление внутренних резервов улучшения качества и осуществление эффективного кон-

троля планируемых и проводимых медицинскими учреждениями мероприятий.

Необходимо также учитывать, что система оценки и экспертизы КМП должна способствовать решению такой важной задачи, как отчетность здравоохранения и ОМС перед обществом. Руководителям необходимы показатели работы медицинских учреждений, базирующиеся на объективной оценке КМП, для отчетности перед пациентами, обществами потребителей, предприятиями, заключающими договоры с медицинскими учреждениями. Результаты оценки КМП, отражающие реальные проблемы медицинской практики, должны использоваться для совершенствования программ повышения квалификации медицинских работников. В условиях развития ОМС заинтересованными в объективной оценке качества медицинской деятельности становятся пациенты и медицинский персонал, являющиеся потребителями и производителями медицинских услуг, для которых она становится механизмом социальной защиты.

В целом, в современных условиях нашей страны усиливается потребность в системах обеспечения, оценки, экспертизы и контроля КМП. Выделение проблем экспертизы КМП и обоснование путей их преодоления настолько важная социальная задача, что без ее решения дальнейшее реформирование здравоохранения и самосуществование системы ОМС становятся невозможными. Для уточнения современного состояния проблемы, определения перспективных направлений научных исследований и практических действий необходимо конкретизировать элементы системы экспертизы КМП.

При определении задач программ по оценке и обеспечению КМП необходимо иметь ясное представление о сущности термина «**качество медицинской помощи**». Стремясь выработать единый подход к определению КМП, необходимо рассматривать качество как философскую категорию, характеризующую конкретный объект и выражающуюся с помощью показателей, относящихся только к данному объекту. Среди требований, предъявляемых к показателям оценки КМП, как правило, указывается их объективность, универсальность, возможность количественного выражения, соответствие лечебно-диагностическому процессу.

Эксперты ВОЗ рекомендуют при определении задач и содержания деятельности по обеспечению КМП ориентироваться на следующие четыре его компонента: **выполнение профессиональных функций** (технология лечебно-диагностического процесса), **использование ресурсов**, **риск для пациента в результате медицинского вмешательства** и **удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием**. В рекомендациях ВОЗ подчеркивается, что в программах по обеспечению КМП значение каждого из указанных компонентов должно быть равным среди остальных, поскольку исключительное внимание к одному из них может привести к неверным выводам о КМП и ошибочным программам по его решению. Данный подход предусматривает необходимость оценки состояния всех четырех компонентов по отношению к каждому конкретному пациенту, что позволяет, на наш взгляд, более четко судить о том, насколько успешно решаются задачи по обеспечению КМП.

Преимуществом такого подхода является возможность четкого определения критериев надлежащего качества. К числу последних следует относить соответствие технологии лечебно-диагностического процесса современному уровню развития медицины с учетом индивидуальных особенностей пациента, оптимальность использования ресурсов медицины для достижения наилучшего для пациента результата лечения, отсутствие дополнительного риска ухудшения или отсутствия улучшения состояния пациента и его трудоспособности в результате оказанной медицинской помощи, обеспечение удовлетворенности пациента медицинской помощью.

Оценка качества медицинской помощи по структуре ее оказания

Под структурой медицинской помощи понимается материально-техническая база лечебного учреждения, его финансовая обеспеченность и кадровый состав. Структурный подход к оценке КМП основан на предположении, что совершенная структура ресурсов и уровень их развития создают реальные возможности для соблюдения необходимой медицинской технологии, что обеспечит высокую вероятность получения хороших результатов и гарантирует определен-

ное (хотя бы минимальное) качество диагностики, лечения, реабилитации. Структура медицинской помощи отражает не качество ее оказания, а условия, определяющие потенциальную возможность медицинского учреждения и отдельных медицинских работников для оказания различных видов медицинских услуг.

Структурный подход включает аккредитацию и лицензирование медицинских учреждений, а также аттестацию кадров. В современных условиях проведение указанных мероприятий считается обязательным для всех медицинских учреждений и частных лиц, оказывающих медицинские услуги населению.

Наиболее значимым аспектом структурного анализа считается аттестация кадров, целью которой является определение компетентности специалистов для работы на данном рабочем месте и определения его квалификационного уровня. Аттестация, как правило, проводится в форме устного собеседования, экзамена, тестового контроля и направлена на определение объема теоретических знаний и практических навыков медицинских работников. Аттестация медицинских работников решает общие для структурного подхода задачи, а именно она позволяет определить потенциальные возможности персонала для оказания медицинской помощи надлежащего качества. Следовательно, оценка структуры медицинской помощи должна предшествовать экспертизе КМП и являться составляющей постоянно действующих систем оценки медицинской деятельности.

Оценка качества медицинской помощи по результатам ее оказания

Под оценкой КМП по результатам ее оказания понимается определение степени достижения целей медицинского учреждения в отношении конкретного больного либо группы больных. Использование данного подхода в первую очередь предполагает решение вопросов о том, что является целью и конечным результатом деятельности специалистов и медицинских учреждений. Этот вопрос достаточно четко определен для стационарной помощи. Более сложной считается оценка конечных результатов деятельности

амбулаторно-поликлинических учреждений, где каждому виду помощи должны соответствовать свои цели. Так, например, целью лечения является улучшение состояния здоровья пациента, медицинской профилактики — сохранение здоровья, диагностики — достоверная его оценка.

В связи с трудностями подбора критериев результативности в роли последних часто используются различные статистические показатели. Это могут быть запланированные на момент окончания курса лечения либо на конец периода (квартала, года) уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичный выход на инвалидность, больничная летальность, процент осложнений, процент выздоровления и т. д. Такой подход приводит к оценке медицинской помощи «по совокупности» и не позволяет оценить каждый отдельный случай оказания медицинской помощи.

Достижение либо не достижение цели лечения может определяться по соответствию стандартам результативности. К последним относят такие параметры, как клинико-лабораторные показатели, данные инструментальных исследований, морфофункциональные признаки и другие. Несмотря на то, что достижение наилучших результатов лечения является главным в программах по обеспечению качества, сам факт отрицательного или положительного результата не дает полной характеристики состояния КМП. С одной стороны, достижение оптимальных для конкретного пациента результатов лечения должно сопровождаться правильным выполнением медицинских технологий, рациональным использованием ресурсов в здравоохранении и минимальным риском для пациента. С другой стороны, результаты лечения не отражают состояния указанных компонентов КМП и не дают информации о том, на какие факторы следует воздействовать для их улучшения. Таким образом, отрицательные результаты лечения должны лишь служить поводом для экспертизы КМП, в ходе которой определяется их причина и возможная связь с медицинскими ошибками.

Оценка КМП по результатам основывается на обобщении официальных статистических данных. Однако применяемая информационная база в нашей стране далека от совершенства и требует серьезных изменений для использования в управлении медицинской помощью.

Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью является компонентом КМП и часто рассматривается как один из критериев его оценки. Наиболее распространенным способом изучения удовлетворенности пациентов являются их опросы. Результаты опросов, отражающие степень удовлетворенности пациентов медицинской помощью, базируются на отношении пациентов к организации медицинского обслуживания, условиям оказания медицинской помощи, деонтологическим аспектам поведения медицинского персонала.

Согласно рекомендациям ВОЗ, все компоненты КМП должны оцениваться по отношению к каждому конкретному пациенту и ложиться в основу общего представления о медицинской деятельности. Однако необходимо помнить, что с точки зрения пациента не может существовать абсолютно совершенной услуги, поскольку всякая удовлетворенная потребность рождает новую, более сложную по качеству и по уровню исполнения.

Удовлетворенность населения медицинской помощью является субъективным критерием, по которому можно судить о конечном результате деятельности работников здравоохранения. В условиях страховой медицины неудовлетворенность пациентов (застрахованных) результатами лечения и наличие претензий является поводом для оценки КМП. Количество жалоб пациентов, обоснованность которых должна подтверждаться экспертизой КМП, рассматривается как показатель удовлетворенности пациентов медицинской помощью и используется в рамках различных методов оценки КМП при расчете показателей качества, а также при дифференциации оплаты труда медицинских работников. При оценке данного компонента КМП основное внимание необходимо уделять наличию объективных причин неудовлетворенности пациента медицинской помощью, связанных с дефектами в ее оказании. С учетом этого технология экспертизы КМП должна независимо от наличия или отсутствия жалобы предусматривать выделение причин неудовлетворенности пациента.

Разбирая вопрос о возможности использования мнения населения для оценки КМП, нельзя не учитывать, что оно

зависит от формы психологического взаимоотношения медицинских работников и пациентов, а также методологической корректности опросов. Известны четыре модели взаимоотношений врача и пациента, каждая из которых влияет на результаты ожиданий пациентов. Несоответствие модели взаимоотношений ожиданиям пациента оказывает существенное влияние на оценку последним деятельности медицинского работника. Что же касается опросов населения, то их правильное проведение и интерпретация данных невозможны без участия социологов и психологов.

Оценка качества медицинской помощи по стандартам

Наличие стандартов медицинской помощи является необходимым условием для решения проблемы контроля объема и качества медицинского обслуживания. Комплексная стандартизация в системе здравоохранения может быть представлена в виде согласованной на разных уровнях системы требований, направленных на создание и внедрение нормативной базы. Однако разработка и совершенствование стандартов, которые со временем устаревают, представляет собой трудоемкий и дорогостоящий процесс. В условиях развития медицины существует опасность превращения их в тормоз хозяйственного механизма здравоохранения. В то же время, с учетом отсутствия единой системы контроля КМП, страховые компании не способны без медико-экономических стандартов эффективно выполнять одну из своих функций, определенных законом: контролировать качество оказания медицинской помощи.

Выделяют различные виды стандартов (диагностики, лечения, технологий, объема, количества, качества и т. д.) и уровни их предназначения (территориальные, городские, учрежденческие и т. д.). Стандарты применимы в рамках различных подходов к контролю качества медицинского обслуживания. Они используются при оценке процесса оказания помощи, структуры медицинской помощи, стоимости лечения. В практике страховых организаций применяются медико-экономические стандарты, объединяющие стандарты медицинских технологий, требования к результатам лечения и сроки лечения при определенных заболеваниях.

Наиболее часто рассматриваются **стандарты медицинских технологий и стандарты стоимости**. Оценка действий врача и медицинской сестры при оказании медицинской помощи больному в большинстве случаев основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий со стандартами медицинских технологий. Последние должны разрабатываться с учетом общих правил стандартизации и представлять собой перечень обязательных диагностических, лечебных действий медицинских работников при различных нозологических формах на определенном этапе медицинской помощи.

Медицинский стандарт является единственным документом, с помощью которого можно решать вопросы, связанные с состоянием КМП. Невыполнение стандарта должно рассматриваться как свидетельство ненадлежащего КМП. Стандарты являются единственно возможным способом определить гарантированный объем медицинской помощи пациенту, который не может быть выражен в любой другой, например описательной, форме.

Медицинский стандарт ориентирует медицинский персонал на требуемое КМП и с определенной вероятностью гарантирует получение необходимого результата лечения пациентов. **Стандарты технологий медицинской помощи** выполняются, к сожалению, не всегда, и причины этого кроются не только в недостаточном финансировании медицинского учреждения, но и в несовершенстве стандартов, требующих коррекции. Медицинская помощь не поддается полной стандартизации, поскольку нельзя всех пациентов с определенной патологией лечить одинаково и добиваться одинакового результата.

Однако использование **стандартов ведения больных** или «**медико-экономических стандартов**» для оценки КМП методически не всегда корректно, поскольку они отражают усредненные объемы медицинской помощи той или иной группе больных и не учитывают самые разнообразные факторы, влияющие на выбор медицинских технологий в отношении конкретного больного. Само по себе несоблюдение стандартов лечебно-диагностического процесса неоднозначно и может по-разному оцениваться при благоприятном и неблагоприятном результатах лечения. Причины отклонений от стандартов могут быть выяснены только в ходе экспертизы КМП.

Стандарт затрат — это экономическая характеристика случая медицинской помощи, которая отражает нормативную стоимость лечения больного данной клинико-статистической группы и выражается в денежных единицах либо в показателях, опосредованно характеризующих затраты на медицинскую помощь. В качестве последних наиболее часто используют показатели длительности лечения, которые определяются либо путем анализа фактических сроков госпитализации за несколько предшествующих лет, либо путем использования среднестатистических значений по разным группам, регионам и т. д. Считается, что указанные показатели отражают использование ресурсов лечебного учреждения и косвенно характеризуют технологию оказания медицинской помощи.

Так, например, превышение сроков, как правило, связано с развитием осложнений в результате некачественного лечения, необеспеченностью медицинского учреждения различными ресурсами, дефектами в организации медицинского обслуживания. Сокращение сроков лечения может быть связано с использованием передового опыта в лечении, внедрением средств научной организации труда, работой высококвалифицированного персонала, соблюдением санитарно-эпидемиологических правил и индивидуальными особенностями больного. Использование такого подхода при нормативной оплате труда создает экономическую мотивацию сокращения медицинским учреждением сроков лечения. Но преобладание соображений экономии над целями медицинской эффективности, клинического результата ведет к риску ухудшения КМП. Поэтому любое отклонение от стандарта затрат должно рассматриваться в связи с результатами лечения и выполнением технологии лечебно-диагностического процесса.

Таким образом, оценка соблюдения стандартов медицинских технологий дает важную характеристику одного из компонентов КМП — выполнения технологии лечебно-диагностического процесса, а оценка по стандартам затрат — использования ресурсов медицинского учреждения. Выяснение причин отклонений от стандартов, являющееся необходимым условием как для оценки КМП, так и для поиска путей его улучшения, может быть осуществлено только при исследовании состояния КМП, то есть его экспертизе.

Экспертные методы

Экспертные методы предусматривают оценку КМП по результатам квалифицированного исследования медицинской деятельности. Они основаны на сопоставлении реальных действий персонала, оказывающего медицинскую помощь, с мнением эксперта о том, какой она должна быть. Последнее формируется с учетом существующих стандартов медицинских технологий, методических рекомендаций, современных представлений об оптимальном объеме медицинской помощи при данном заболевании с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи.

Позитивные отличия экспертных методов оценки КМП от других методических приемов связаны с возможностью выявления дефектов в работе отдельных врачей, медицинских сестер и медицинских подразделений, в том числе типичных ошибок лечебного и диагностического процессов. Основным фактором, определяющим состояние каждого из компонентов КМП, является квалификация медицинского персонала. Не случайно по результатам экспертизы КМП могут даваться рекомендации о необходимости повышения квалификации персонала и обосновываться конкретные меры, направленные на ее повышение.

Результаты экспертизы КМП могут быть использованы для сравнительного анализа работы медицинских учреждений и отдельных врачей или медицинских сестер при оказании помощи пациентам с различными заболеваниями на разных этапах медицинской помощи. Важное значение придается возможности применения результатов экспертизы КМП для оперативного, целенаправленного и обоснованного планирования и осуществления медико-организационных мероприятий по улучшению работы медицинских учреждений.

В ходе экспертизы решаются те вопросы, на которые не может ответить никакой другой метод оценки: определение причин недостаточной эффективности медицинской помощи, выявление связи дефектов в ее оказании с негативными результатами лечения, определение оптимальности

использования ресурсов медицины в отношении конкретного пациента, выяснение причин и обоснованности неудовлетворенности пациента медицинским обслуживанием. Это свидетельствует о потенциальных возможностях данного метода для оценки каждого из четырех компонентов КМП, реализация которых может быть затруднена из-за отсутствия единого представления о КМП и его критериях.

Основные недостатки экспертных методов связаны с субъективизмом мнений экспертов и невозможностью достаточной стандартизации их оценок. В связи с этим особое значение придается высокой квалификации и опыту практической работы специалиста, осуществляющего экспертизу.

Конкретной задачей экспертизы может быть изучение ошибок диагностики с определением их причин и связи с отрицательными результатами лечения. В других случаях результаты применения экспертных методов используются для определения влияния преемственности, взаимосвязи врачей и медицинских служб на КМП. При этом в виде критериев оценки используют варианты состояний больного (положительная динамика, без изменений, отрицательная динамика) и количественную шкалу для определения степени участия специалистов в лечебно-диагностическом процессе.

При проведении экспертизы для фиксации ее результатов нередко используются специально разработанные «карты экспертной оценки», акты, «карточки оценки медицинской помощи» и т. п. Эти документы содержат перечни различных показателей и параметров, характеризующих многочисленные аспекты медицинской помощи при различных нозологических формах на этапах ее оказания.

Количественная характеристика КМП дается в баллах, процентах, условных единицах, для расчета показателей уровня качества лечения КМП используются различные формулы. Предлагается определение средних баллов качества в расчете на одну историю болезни, врача или медицинскую сестру, медицинское подразделение, усредненных цифровых показателей дефектов и медицинских ошибок в расчете на одного больного.

Оценка качества медицинской помощи с использованием различных подходов

Оценка КМП по «моделям конечных результатов» предполагает использование таких показателей, как смертность, летальность, процент осложнений, длительность лечения, количество обоснованных жалоб и многие другие. Данный подход к оценке медицинской деятельности универсален, объективен, позволяет достаточно точно оценить качество работы медицинского персонала и учреждения, и на этой основе осуществлять дифференцированное материальное стимулирование и принимать управленческие решения по улучшению КМП.

Так, путем многофакторного анализа была выявлена связь между результатами экспертной оценки деятельности ЛПУ (ниже средней, средняя, выше средней) и комплексом статистических показателей (уровнем первичной инвалидности, расхождением диагнозов, смертности на дому и др.). Полученные данные позволяют считать возможным использование этих показателей для оценки деятельности медицинских учреждений. Однако, отдельные статистические показатели могут отражать эффективность медицинской помощи, политику государства по охране здоровья, добросовестность медицинского персонала по выполнению объемов работ и др., но не характеризуют работу врача и медицинской сестры по отношению к конкретному пациенту.

Если в методике «моделей конечных результатов» для оценки КМП объединяются статистические показатели, то в других случаях могут применяться комбинации различных методов оценки, результаты которых используются для расчета интегрированных показателей качества, коэффициентов качества, уровней качества и т. д. В практике могут применяться такие сочетания, как «модели конечных результатов» и стандарты обследований, «модели конечных результатов», стандарты излеченности и интегрированная оценка КМП, оценка по результатам и экспертная оценка. В ряде случаев результаты экспертизы КМП, итоги оценки по стандартам и результатам объединяются с различными показателями, характеризующими работу медицинского персонала или учреждения.

Комплексная оценка КМП должна формироваться не путем усреднения оценок по разным критериям, а путем

последовательного вывода. Логический алгоритм оценки связывает между собой критерии (стандарты) результативности, рациональности (затрат), и содержания процесса оказания медицинской помощи (медицинских технологий). Итоговая оценка КМП определяется сочетанием трех однозначных ответов («да» или «нет») на последовательные вопросы о соответствии медицинской помощи каждому из трех указанных стандартов и соответствует одному из возможных видов оплаты медицинской услуги.

Данный алгоритм оценки предполагает выделение случаев оказания медицинской помощи, требующих углубленного анализа, и выяснение состояния компонентов КМП посредством экспертизы. Уделяя основное внимание разработке экономического механизма управления КМП необходимо включить в систему контроля качества следующие этапы: аккредитацию медицинского учреждения и аттестацию его сотрудников; оценку каждого случая оказания медицинской помощи по стандартам; выборочные экспертизы КМП.

Важность соблюдения этапности при проведении мероприятий по контролю КМП определяет необходимость развития и совершенствования двух путей контроля качества. Первый связан с внедрением постоянно действующих систем оценки качества и эффективности медицинской помощи, включая аккредитацию лечебных учреждений. Второй предусматривает оценку конкретных случаев оказания медицинской помощи путем экспертизы КМП.

Это совпадает с рекомендациями ВОЗ, согласно которым программа по обеспечению качества должна включать в себя как методы систематического мониторинга медицинской помощи, так и методы оценки КМП. К первым относятся методы, основанные на выявлении отступлений медицинской помощи от нормативных показателей, нормативных процессов или результатов, от многофакторных показателей качества, а также данные опросов пациентов, отражающих удовлетворенность медицинским обслуживанием, ко вторым — экспертные методы.

Комплексные подходы в оценке медицинской помощи обеспечивают прежде всего контроль КМП, то есть выполнение управленческой функции. Однако, возможность управлять КМП, а значит принимать обоснованные решения по его улучшению, может быть реализована лишь при

условии, что лица, ответственные за принятие управленческих решений, располагают достоверной информацией о состоянии КМП. Оптимальным следует считать такое сочетание методов оценки состояния объекта управления, которое при минимуме затрат на их выполнение, будет предоставлять достаточную для принятия решения информацию.

Рекомендованная литература

1. М. М. Веренцов, Н. В. Чепурненко «Анализ качества и эффективности здравоохранения» //Обзор информации ВНИИМИ, — М., 1986. 77 с.

2. «Выбор метода и предварительный отбор специалистов для экспертизы качества медицинской помощи». Метод. рекомендации МЗ РФ № 95/255. — С.-Пб., 1996. — 21 с.

3. «Гарантии качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования»: Методическое пособие./Под общ. ред. д.м.н. Н. Б. Перспекта, д.м.н. проф. Р. А. Галкина, д.м.н. В. Ф Чавпцова. — Тольятти, 1996. — 88 с.

4. В. В. Гришин, А. А. Киселев, В. Л. Кардашев, Л. С. Федонюк, В. Ю. Семенов «Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира». — М., 1995. — 64 с.

5. В. И. Кашин, А. Т. Бойко, К. И. Шевченко «Страховая медицина и рыночные отношения.» Учебное пособие. Петрозаводск: Изд-во Петрозав. госуниверситета, 1993. — 135 с.

6. «Контроль качества медицинской помощи и использования финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования Ростовской области». Сборник нормативных документов / Составители: Кравченко Н. В., Евдокимов Д. В., Шепетнов А. А., Болдырев С. С., Самоходкин Ю. Л. — Ростов-на-Дону, 1996. — 27 с.

7. Фидлицп Котлер «Основы маркетинга». Москва. Издательство «Прогресс», 1991 год.

8. В. А. Линд «Территориальная система ведомственной экспертизы качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования (проектирование и апробация опытного звена): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — С.-Пб., 1996. — 26 с.

9. А. Л. Линденбратен «Роль и место медицинского страхования в реформировании здравоохранения» // Медико-экономическая поддержка реформы здравоохранения и обеспечение качества. М., 1996. — с. 108-111

10. «Медицинское страхование»: Пакет авторских организационных технологий по переходу к медицинскому страхованию граждан /Под общ. ред. чл.-корр. РАМН проф. О. П. Шепина и к.м.н. Б. Л. Винокурова. — Сочи, 1992.— т. 1 и т. 2. — 514 с.

11. «Медицинское страхование: Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (Пробле-

мы, задачи и подходы к их решению): Методическое пособие/Под ред. Чавпецова В. Ф., Гришина В. В., Семенова В. Ю., Глушенко П. П., – М., 1995. – 168 с.

12. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации». Приказ МЗ МП и ФФОМС № 363/77 от 24 октября 1996 г. Москва. 24 с.

13. М. М. Петров «Оценка качества и эффективности терапевтической помощи и пути ее оптимизации»: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1989. – 32 с.

14. «Политика медицинских ассоциаций в отношении повышения качества медицинской помощи»: Рекомендации Европейского форума медицинских ассоциаций и ВОЗ, Утрехт 28–29 января 1993 г./ Пер. с англ. – М., 1993. – 9 с.

15. «Принципы обеспечения качества». Издательство «Медицина» по поручению Европейского регионального бюро ВОЗ. 1983 год.

16. «Принципы обеспечения качества»: Отчет о совещании ВОЗ (Барселона, 17–19 мая 1983)/Пер. с англ. – М., 1991. – 27 с.

17. «Система контроля качества и эффективности медицинской помощи в клиниках медицинских вузов». Иркутск – 1996.

18. Дж. Р. Эванс, Б. Берман «Маркетинг»/Перевод с англ. – М.: Экономика, 1990. 350 с.

19. «Экспертиза качества медицинской помощи»: Теория и практика/Под ред. д. м. н. Чавпецова В. Ф., д.м.н. Перепеча Н. В., к.ф.-м.н. Миякова В. П. – С.-Пб., 1997. – 320 с.

20. Экономика и инновационные процессы в здравоохранении (Учебное пособие под редакцией В. З. Кучеренко). С. 266.

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Сложнейший период затянувшихся реформ отечественного здравоохранения сопряжен с крайне недостаточным финансированием отрасли на фоне несостоятельной попытки законодательной и исполнительной власти сохранить декларируемый принцип бесплатности медицинской помощи населению. Это только катастрофически влияет на качество оказываемой медицинской помощи, создает трудности в управлении здравоохранением, понуждает практику прибегать к теневым экономическим отношениям с пациентами и т. д.

Эти и другие проблемы современной медицины можно рассматривать с объективно необходимой точки зрения — нового механизма управления с применением экономических методов, что означает попытку выхода из сложившегося положения способами, применяемыми ранее больше в производстве. В социально-экономическом понимании медицина — это сфера услуг, а услуга — это товар, который необходим конкретным потребителям, поэтому надо не только организовать его сбыт, но и определить каналы реализации с привлечением рекламы и других мер стимулирования. В связи с этим в управлении медициной обосновано применение такого понятия как маркетинг.

«Я представляю себе маркетинг одним из самых важных видов предпринимательской деятельности — «это ключевой фактор предпринимательства. Это не только топливо, это компас корабля», — так сказал о маркетинге Джон Херви Джонс, председатель правления концерна ICI.

Термин **МАРКЕТИНГ** пришел к нам из английского языка. Он происходит от слова «market» (рынок) и буквально означает **работу на рынке, использование его законов, изучения и удовлетворения всех желаний потребителя.** Автор маркетинга — сама экономическая жизнь. Это мир вечных отношений между тем, кто производит и тем, кто покупает. Для понимания сути маркетинга необходимо рассмотреть следующие понятия: **нужда, потребность, за-**

просы, товар, обмен, сделка, рынок. Все эти понятия одинаково характерны как для коммерческой, так и социальной формы маркетинга.

Первой исходной идеей, лежащей в основе маркетинга, является **идея человеческих нужд.** **Нужда** — чувство ощущаемой человеком нехватки чего-либо. Это могут быть физиологические, социальные и личные нужды. Если нужда не удовлетворена, человек чувствует себя обездоленным и несчастным. Например, парализованный человек нуждается в уходе постороннего человека.

Второй исходной идеей маркетинга является **идея человеческих потребностей.** **Потребность** — нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью индивида. Производители товара пытаются сформировать связь между тем, что они выпускают и нуждами людей. Например, больной человек испытывает потребность в определенном лекарственном средстве.

Запрос — это потребность, подкрепленная покупательской способностью. Ресурсы для удовлетворения потребностей ограничены, поэтому человек будет выбирать те услуги или товары, которые доставят ему наибольшее удовлетворение в рамках его финансовых возможностей. Например, женщина, страдающая заболеванием вен нижних конечностей, купит себе прежде всего специальные чулки, рекомендованные врачом. Человеческие нужды, потребности и запросы наводят на мысль о существовании товаров для их удовлетворения.

Товар — все то, что может удовлетворить потребность или нужду и предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления. Это могут быть помимо изделий и услуг личности, места, организации, виды деятельности и идеи. Термин «товар» можно заменить на другие термины — «удовлетворитель потребности», «средство возмещения», «предложение». В медицине — это медицинские услуги, изделия фармацевтической промышленности, медицинской техники.

Маркетинг имеет место в тех случаях, когда люди решают удовлетворить свои нужды и запросы с помощью обмена. **Обмен** — акт получения от кого-либо желаемого объекта с предложением чего-либо взамен. Обмен — основное понятие маркетинга как научной дисциплины. Для совершения

добровольного обмена необходимо соблюдение пяти условий:

- сторон должно быть как минимум две;
- каждая сторона должна располагать чем-то, что могло бы представить ценность для другой стороны;
- каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара;
- каждая сторона должна быть совершенно свободной в принятии или отклонении предложения другой стороны;
- каждая сторона должна быть уверена в целесообразности или желательности иметь дело с другой стороной.

Эти пять условий создают лишь потенциальную возможность обмена. А вот состоится ли он, зависит от соглашения между сторонами о его условиях.

Основной единицей измерения в сфере маркетинга является сделка. **Сделка – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами.** Сделка предполагает наличие нескольких условий:

- по меньшей мере двух ценностно значимых объектов;
- согласованных условий ее осуществления;
- согласованного времени совершения;
- согласованного места проведения.

Как правило, условия сделки поддерживаются и охраняются законодательством. Сделку следует отличать от простой передачи. При передаче одна сторона дает другой стороне какой-либо объект, ничего не получая при этом взамен, а при сделке осуществляется обмен между двумя сторонами. Например, одно медицинское учреждение предоставляет другому несколько ультразвуковых аппаратов в обмен на аппарат «искусственная почка» и т. п.

Понятие «сделка» непосредственно подводит к понятию «рынок». **Рынок – совокупность существующих и потенциальных покупателей товара.** В развитом обществе рынок – это не обязательно какое-то физическое место, где встречаются и осуществляют сделки покупатели и продавцы. При наличии современных средств связи и транспорта можно дать рекламу товара по телевидению, собрать сотни заказов от клиентов по телефону и разослать товары почтой, не вступая в физический контакт с покупателями. Отдельные элементы маркетинга, такие как реклама, сбыт, политика цен появились давным-давно, еще во времена каменного письма и папируса.

В настоящее время маркетинг является сильнодействующим лекарством от болезни «затрат», заразившей российскую экономику. Освоение специфики маркетинга – залог успешного бизнеса на мировых рынках в качестве равноправного партнера, что немаловажно для нашей медицины с ее сложившимися традициями, великими умами и талантами.

По определению Ф. Котлера: «Маркетинг – это вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена».

Итак, термин «маркетинг» имеет три значения:

- первое – сфера деятельности, связанная с организацией эффективного сбыта продукции;
- второе – концепция бизнеса, которая исходит от приоритета требований рынка над требованиями производства;
- третье – научная дисциплина, занимающаяся изучением эффективных методов маркетинговой деятельности, т. е. развитием маркетинговой идеологии.

Еще в 1985 году американская ассоциация маркетинга дала ему следующее определение: **маркетинг – процесс планирования и воплощение замысла, ценообразование, продвижение и реализация идей, товаров и услуг посредством обмена, удовлетворяющего цели отдельных лиц и организаций.**

Маркетинг включает в себя четыре основных вида деятельности:

- разработка и создание товара (**product**), отвечающий потребностям покупателя;
- доставка товара на место (**place**), удобное для покупателя;
- продвижение товара (**promoting**) товара на рынок;
- установление оптимальной цены (**price**) на товар.

Эти четыре «Р» маркетинга (**product, place, promoting, price**) являются «четырьмя китами» маркетинга (Долан Э. Дж., Линдсей Д. С., 1992 г.). В здравоохранении маркетинг – это система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложения медицинских услуг их исполнителем – производителем (В. З. Кучеренко, В. И. Филатов, 1992 г.).

Маркетинговые принципы в здравоохранении могут быть представлены следующим образом:

— импульсы для своей деятельности лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) получает от всех видов рынка: рынка государственного, рынка частнопрактикующих специалистов, рынка пациентов, рынка идей, рынка фарминдустрии, рынка медицинской техники и т. д., то есть от результата взаимодействия всех факторов и условий, определяющих спрос и предложение медицинских услуг с учетом возможностей конкретного ЛПУ;

— задумывая разработку новой медицинской услуги для населения, ЛПУ выясняет, будет ли на него спрос и в чем его преимущество с точки зрения потенциального покупателя и будут ли его покупать при планируемой цене;

— ЛПУ работает на «опережение», учитывает не только существующие потребности населения в медицинских услугах, но и те потребности, о которых потребители медицинских услуг не подозревают, потребности, которые возникнут с появлением возможности их удовлетворения;

— ЛПУ не только изучает и удовлетворяет спрос на различные виды медицинских услуг, но и формирует спрос в нужном ему направлении;

— ЛПУ ориентируются на долгосрочное прочное и устойчивое положение на рынке, планируя свою деятельность на получение прибыли, используя как стратегическое планирование, так и планирование маркетинга.

Маркетинговую деятельность лечебно-профилактического учреждения можно условно разбить на четыре составляющие, каждая из которых состоит из ряда элементов. Этими составляющими являются:

- анализ рынка;
- выбор целевых рынков;
- разработка маркетингового комплекса;
- осуществление маркетинговой деятельности.

Произвести анализ рынка — это значит тщательно оценить особенности той среды, в которой будет действовать или уже действует конкретное лечебно-профилактическое учреждение. Различают две основные составляющие маркетинговой среды: **макросреда** и **микросреда**. К факторам макросреды относятся следующие факторы, которые необходимо учитывать при сегментации рынка:

— **демографические** (общая численность потребителей медицинских услуг, то есть населения вообще и населения

определенного пола и возраста, социального положения, состава семей и т. д.);

– **экономические** (распределение доходов населения, курс национальной валюты, инфляция и т. п.);

– **технологические** (новые возможности в ЛПУ, открываемые научно-техническим прогрессом: введение новых методов диагностики, лечения, проведения реабилитационных и профилактических мероприятий);

– **политические** (уровень политической стабильности, степень доверия населения к государственным гарантиям, законодательным актам, постановлениям правительства, регулирующим и регламентирующим рыночную деятельность: «Закон о медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «Закон об охране окружающей среды», «Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ» и др.);

– **природные** (погодно-климатические условия, требования к охране окружающей среды);

– **культурные** (совокупность человеческих ценностей, определяющих образ, уклад и стиль жизни, отношение к своему здоровью и т. д.).

К факторам маркетинговой микросреды относятся те факторы, с которыми ЛПУ непосредственно соприкасается в своей повседневной деятельности. Основными из них являются: потребители медицинских услуг и конкуренты, то есть другие ЛПУ, поставляющие медицинские услуги на рынок потребителю.

Анализ поведения потребителей представляет собой один из важнейших разделов анализа окружающей среды. Изучить поведение потребителя, отвечать на такие вопросы как: кто, сколько, почем, каким образом, почему, где, когда покупает (может покупать) наши услуги (услуги наших конкурентов). Рассмотрим кратко, что необходимо узнать о потребителях медицинских услуг:

КТО? Знания отличительных черт пациентов с целью понять их потребность в медицинских случаях. Для этого надо иметь такие сведения как заболеваемость, возраст, образование, размер семьи, род занятий и другие, которые помогут более целенаправленно формировать спрос на медицинские услуги.

СКОЛЬКО? Частота получения (приобретения) того или иного вида медицинской услуги за определенный промежуток времени.

ПОЧЕМУ? По какой цене покупают и могли бы покупать медицинские услуги.

КАКИМ ОБРАЗОМ? Источник информации о медицинских услугах, критерии выбора, способы принятия решения о покупке и т. д.

Процесс покупки можно представить в виде последовательности следующих стадий:

- осознание проблемы,
- поток информации,
- оценка вариантов,
- принятие решения о покупке,
- реакция на покупку.

ПОЧЕМУ? Цель и мотивы покупки.

ГДЕ? В каком ЛПУ эту услугу можно приобрести?

КОГДА? Наличие сезонных, суточных колебаний объемов приобретения медицинских услуг.

Выбор целевых рынков

Стадия выбора целевых рынков – первая стадия, на которой принимается решение. Конкретное ЛПУ не может предлагать населению все виды медицинских услуг, поэтому ЛПУ должно определить, какие услуги будут предлагаться населению и для каких категорий потребителей. Поэтому ЛПУ должно принять **маркетинговое решение** прежде, чем выйдет на рынок.

Эти решения могут быть представлены следующим образом:

- выбор целевого рынка, то есть всего рынка медицинских услуг данного типа или отдельных частей этого рынка;
- позиционирование услуги на целевом рынке, то есть выбор своей услуги, которую ЛПУ создает у покупателей;
- выбор ценовой политики, то есть определение цен на услугу;
- выбор стратегии продвижения услуги на рынок, то есть определение общего размера средств, выделяемых на эти цели, распределение их между рекламой и иными способами стимулирования спроса.

Существуют четыре принципа сегментации рынка:

- географический, когда предлагается разбивка рынка на разные географические единицы (например, межрайонный психоневрологический диспансер);

– удобно ли это помещение и его местонахождение для пациентов?

– какие специалисты нужны?

– какое оборудование потребуется?

– можно ли взять это оборудование (аппаратуру) на прокат или его придется купить?

– на какой стадии находится разработка новых услуг?

Следующий элемент маркетингового комплекса – **ценовая стратегия** (политика). В маркетинге методику расчета цены можно представить в виде следующих последовательных этапов:

1-й этап – постановка задач ценообразования (выбор зависит от позиции предлагаемой ЛПУ услуги на рынке, от долговременных целей учреждения с учетом текущей рыночной ситуации);

2-й этап – определение размеров потенциального спроса (это позволит увидеть верхнюю границу будущей цены, за которой сбыт будет проблематичным);

3-й этап – оценка издержек (по их суммарному объему рассчитывается минимальная цена, ниже которой производство будет убыточным);

4-й этап – анализ цен и товаров конкурентов (т. е. исследование реальной обстановки, которая задает диапазон цен на рынке);

5-й этап – выбор метода ценообразования; **существует пять методов ценообразования:**

– средние издержки плюс прибыль;

– анализ безубыточности и обеспечение целевой прибыльности;

– установление цены на основе ощущаемой ценности товара или услуги;

– установка цены на основе уровня текущих цен;

– установка цены на основе закрытых торгов;

6-й этап – установка окончательной цены с учетом психологии ее восприятия потребителем, дистрибьютером, дилерами, персоналом ЛПУ, конкурентами.

Следующий элемент маркетингового комплекса – **стратегия распространения товаров, медицинских услуг**. Система распространения товаров – это деятельность, обеспечивающая попадание товаров от производителя к потребителям.

Важный элемент комплекса маркетинга – продвижение товаров, услуг на рынок. До потребителя медицинских услуг

нужно довести информацию о медицинской услуге, убедить в ее достоинствах, необходимо раскрыть ее свойства и назначение и показать, что с помощью этой конкретной услуги лучше всего будет удовлетворена его потребность. Это достигается с помощью **коммуникативной политики**, основными элементами которой являются:

– **реклама** (информация о товаре, услуге, привлекающая к ним внимание и убеждающая в их достоинствах и преимуществах). Медицинская реклама носит в основном разъяснительно-пропагандистский характер;

– **личная продажа** (устное представление товара, услуги потенциальным покупателям с целью его продажи, установление и поддержание с возможными покупателями личностных отношений).

Осуществление маркетинговой деятельности проводится с помощью **системы планирования**, включающую стратегическое планирование и планирование маркетинга. **Стратегическое планирование** обеспечивает соответствие между долгосрочными целями ЛПУ и маркетинговой стратегии ЛПУ. Оно направлено на выявление наиболее перспективных из имеющихся у ЛПУ сфер деятельности с целью развития и сокращения наиболее слабых.

Планирование маркетинга предусматривает составление детализируемых планов в развитие стратегического плана ЛПУ. Основными разделами плана являются:

– **анализ текущей ситуации** (характеристика целевого рынка, положение конкретного ЛПУ на нем, выявление сегмента, основные конкуренты, факторы маркетинговой среды);

– **прогноз развития ЛПУ;**

– **контрольные показатели**, на которые необходимо выйти в результате реализации плана;

– **постановка на основе оценки возможностей конкретных задач**, относящихся к конкретным рынкам и их сегментациям;

– **учет ограничений**: угроза со стороны имеющихся конкурентов, возможность появления новых конкурентов;

– **описание стратегии маркетинга**, предназначенной для решения каждой из сформулированных задач.

Следует отметить, что конкурентоспособность лечебных учреждений неразрывно связана со спросом на медицинские товары. **Спрос** – потенциальная потребность в товаре

или услуге, сформированная у населения здравоохранением. Понятие спроса связано с характеристикой потребителей, которых различают по пяти группам. Все они не одинаково реагируют на изменение цены медицинских товаров (услуг).

1-я группа – **экономные пациенты** (пенсионеры, студенты и другие малообеспеченные категории населения). Пациенты этой группы высокочувствительны к ценам. Они рассматривают медицинские услуги различных организаций как взаимозаменяемые, спрос на которые значительно страдает при высокой цене. Такая группа составляет более 50% от числа потенциальных больных в России.

2-я группа – **престижные пациенты** (часть предпринимателей, интеллигенции). Для этой группы важен престиж, качество медицинских услуг. Пациенты этой группы малочувствительны к ценам. Они составляют примерно 20% всех пациентов.

3-я группа – **этичные пациенты** (люди, относящиеся экономически к любой из двух предыдущих групп). Для пациентов этих двух групп важны определенные этические качества медицинских услуг (такие, как принадлежность к стране-производителю, городу, местности, социальной группе и т. д.). Они составляют около 20% всех потенциальных пациентов.

4-я группа – **«новаторы»**, которые ориентируются на все новое (методы диагностики, лечения). Они экстравагантны. У этих пациентов качество медицинских услуг связано с возрастом врача. В этом случае они отдают предпочтение молодым докторам и т. д.

5-я группа: **«консерваторы»**. Это противоположная группа пациентов (по отношению к 4 группе). Они ориентированы на старые, проверенные методы лечения. Для них, например, более надежными являются врачи с большим стажем.

Медицинскому менеджеру следует помнить, что внутреннее управление маркетингом осуществляется путем решений по **ПОТРЕБИТЕЛЮ, ТОВАРУ, РЫНКУ** на основе трех классических «китов маркетинга»: **сбыта, рекламы, сервиса.**

В качестве демонстрации приведем несколько общепринятых правил маркетинговой деятельности предпри-

нимателя, которые однозначно полезны и для медицинского менеджера.

Правило 1. Уважай и береги своего потребителя, не уставай искать своего потребителя.

Покупает человек. Направь весь маркетинг на человека и помоги ему принять решение.

Для вас нет продукта, пока нет потребителя. Для вас нет потребителя, пока у вас нет продукта.

Потребителя следует спрашивать не о том, какое изделие ему нужно, а о том, в чем его проблемы сегодня и какие задачи он собирается решать с помощью ваших товаров завтра.

Отыщите потребности и удовлетворите их. Идея проста — законом успеха предприятия является выявление нужд людей и максимальное их удовлетворение.

Потребитель — наш царь и бог. Не он зависит от нас, а наоборот, мы от него. Потребитель — это тот, кто приносит нам свои желания, а наша работа заключается в том, чтобы исполнить их с прибылью и для нас, и для него.

Правило 2. Товар — это постоянный повод для размышлений: А что еще с ним можно делать?

Надо успевать не только производить требующийся товар, но и успевать анализировать, почему он требуется.

Обгоняйте ваших конкурентов в старении собственных товаров, будьте на полшага впереди, обновляйте товарный ассортимент.

Покупают товары те, которые лучше, а отнюдь не самые дешевые. Поэтому стремитесь продавать за счет качества, а не цены.

Пусть за себя говорят товары, а не продавцы. Это означает, что не следует манипулировать покупателем, навязывать ему продукт. Это экономически невыгодно.

Правило 3. Хорошо в гостях, но дома лучше. Ищи собственную рыночную нишу — дом для своих товаров.

У любого рынка есть своя история, современное состояние и перспективы на будущее, надо только не лениться изучать рынок.

Изучите конкурентов раньше, чем они изучили вас.

Правило 4. Сбыт, реклама, сервис — это система движения вашего товара, содержите ее в порядке.

Во всех случаях продукт должен попасть туда, где потребитель его более всего ждет, и потому скорее всего купит.

Экономия на системе сбыта приводит к потерям в продаже товара.

Самые бесполезные затраты — это затраты на недостаточную рекламу.

Хороший сервис — залог долгосрочных отношений с потребителем. Он будет все время к вам возвращаться, как возвращаются отдыхать на хороший курорт.

Правило 5. Не забывай познавать себя, свой маркетинг — это зеркало твоего предприятия.

Изучайте результаты по сбору, обработке и анализу информации по всем подразделениям предприятия. Относитесь внимательно к предложениям и рекомендациям для всех сфер жизнедеятельности предприятия.

Управляйте маркетингом, развивая его систему, ищите собственные методы маркетинга, оглядываясь при этом на конкурентов.

Главное — не забывайте, что маркетинг для предприятия, а не предприятие для маркетинга.

Перечисленные правила рекомендуются менеджерами предприятий. А медицинские учреждения — это предприятие или нет? Медицина долгое время не могла ассоциироваться со словами «бизнес» и «предприятие». И все же медицина — это производство услуг, а услугу следует рассматривать как товар, который можно продать.

В условиях внедрения экономических отношений в здравоохранении маркетинговая деятельность становится обязательной не только для менеджеров, но и для специалистов медицинского профиля.

Задачами маркетинга в медицине на современном этапе являются:

пропаганда конкретных видов медико-санитарного обслуживания (маркетинг услуг),

пропаганда учреждения здравоохранения в целом (маркетинг организации),

популяризация некоторых ведущих врачей и медицинских сестер (маркетинг отдельных лиц),

популяризация месторасположения лечебно-профилактического учреждения, санатория и др. (маркетинг места),

пропаганда идеи здорового образа жизни (маркетинг идей) и т. д.

В настоящее время роль услуг в экономике, в том числе и в здравоохранении, заметно возросла. Несмотря на быст-

рое развитие этого направления и усиление его роли в экономике, до сих пор не выработано общепринятого определения «услуги».

В последние годы получило признание определение «услуг», данное американским специалистом в области маркетинга Т. Хиллом. Он считает, что «услуга — это изменение состояния лица или товара, принадлежащего какой-либо экономической единице, происходящее в результате деятельности другой экономической единицы с предварительного согласия первой». Такое определение позволяет рассматривать «услугу» как конкретный результат экономически полезной деятельности, проявляющейся либо в виде товара, либо в виде непосредственной деятельности. Экономическая полезность делает «услугу» предметом торговли.

Услуги в основном неосвязаемы и не приводят к владению чем-либо, то есть, купив товар, вы становитесь его владельцем, чего нельзя сказать об услуге. Производство услуг может быть связано с производством товара в его материальном виде, например, услуги, оказываемые при продаже товаров. Но производство услуг может быть и не связано с товарами, что имеет место в медицине.

Одни виды услуг требуют больших капиталовложений, например, авиаперевозки; другие, такие, как медицинское обслуживание, консультации по управлению и другие, могут обойтись небольшим первоначальным вложением капитала, но зато отличаются требованиями к высокому уровню профессионализма работников. **Медицинские услуги являются общественной услугой.**

Предлагая целый комплекс услуг, учреждение может повысить свою конкурентоспособность, ослабить возможные риски за счет их диверсификации. Больничные, поликлинические, донорские, профилактические услуги сливаются в единый комплекс медицинских услуг.

Мировой опыт показывает, что система здравоохранения наиболее эффективно функционирует на основе многообразных форм собственности и хозяйствования. При этом главной проблемой является нахождение оптимального соотношения между государственными и негосударственными, коммерческими и некоммерческими лечебно-профилактическими учреждениями (организациями, предприятиями). Это соотношение должно соответствовать

без помощи государства практически невозможно. Нужна адекватная законодательная, финансовая база.

При всем разнообразии услуг в сфере нематериального производства, в том числе и медицины, все они имеют **четыре характеристики, которые отличают услуги от товара.** Это:

- неуловимость, неосязаемость или нематериальный характер услуг;
- неразрывность производства и потребления услуги;
- неоднородность или изменчивость качества;
- неспособность услуг к хранению.

Неосязаемость, неуловимость или нематериальный характер услуг означает, что их невозможно продемонстрировать, увидеть, попробовать, транспортировать, хранить, упаковывать или изучать до получения этих услуг. Неосязаемость услуг вызывает проблемы как у покупателей, так и продавцов услуг. Пациенту трудно разобраться и оценить правильность лечения до того, выздоровеет ли он или какой результат будет от лечения, а иногда это трудно сделать даже после получения лечения. Пациент должен верить врачу на слово. Например, больной, идущий на операцию, часто не может увидеть процесс ее и оценить, что было сделано. Поэтому со стороны человека, обратившегося за помощью в медицинское учреждение, присутствует элемент надежды и доверия.

Одновременно неосязаемость услуг медицинской помощи усложняет управленческую деятельность продавца услуг. Как правило, возникают две проблемы:

- сложно показать клиентам свой товар;
- еще более сложно объяснить клиентам, за что они платят деньги.

Медицинское учреждение может лишь описать **ПРЕИМУЩЕСТВА**, которые появляются в результате пролечивания (диагностирования), а саму услугу можно оценить только после ее выполнения. Этим объясняется то, что ключевые слова в маркетинге услуг – **ПОЛЬЗА, ВЫГОДА**, которые получит человек, обратившийся в данное лечебное учреждение.

Для укрепления доверия со стороны клиентов организация может принять ряд мер:

- по возможности повысить осязаемость своей услуги;
- подчеркнуть значимость услуги;

т) услуги, поэтому пра-
ва, контактирующего с
лечения качества услуг

ством медицинских уч-
ессиональный уровень
отников. Пациент вос-
сестру как эксперта,
м смысле врач (меди-
как продавец услуги
ния контроля качества

нис и обучение квали-
ные фирмы тратят зна-
сих служащих, причем
тесный контакт с кли-
го он обязательно обу-
ням;

ью удовлетворенности
лоб и предложений, а
ления случаев несудов-
справления ситуации.
ющим высокой квали-
ис услуги стараются
получить рекоменда-
алистов, советуются с

едствием одновремен-
услуги является измен-
услуги дополно силь-
ывает, а также от того,
одной больнице сервис
сположенной рядом —
ьницы одна медицин-
ательная, в другой —
и тот же врач в тече-
юму.

услуг необходимо вы-
е это связано с квали-
икуренции, слабым обу-
отсутствием регулярной

Другой, весьма важный ист-
конечно, сам пациент, его уни-
высокую степень индивидуали-
дает невозможность массовости

СТАНДАРТ ОБСЛУЖИВА-
ТЕЛЬНЫХ для исполнения прав
которые призваны гарантировать
чества всех производимых опера-
вание устанавливает формальн-
оценивается уровень обслужив-
ность любого сотрудника фирм
лируют сегодня страховые ком-

Таковыми стандартами могут б-
— дни пролечения того и
— работа с жалобами и прете-
не должно быть больше 2-х в 1
каждой жалобе пациент обязател-

— наличие в офисе информа-
алов;

— требования по оформле-
деловых бумаг, объявлений, вы-
Начальным этапом форми-
вания можно считать разработк-
организации. В понятие фирме-
ние организации, ес товарный
готип (правила написания наз-
низации, включая вывески, вы-
конверты должны быть оформл-
ный стиль распространяется
продукцию организации — кал-
ники и т. д. Ярким примером
нашем рынке является фирма

Неспособность услуг к хране-
становится больше предложени-
как в промышленности, взяв тс-
если мощности по услугам пре-
теряется доход и (или) стоимо-

Колебания спроса на услуги
услуг. Как правило, спрос на
мости от времени года, от дне-
услуги в условиях постоянного
ной проблемой, т. к. всегда

Другой, весьма важный источник изменчивости услуг конечно, сам **пациент**, его **уникальность**, что объясняет высокую степень индивидуализации услуги в медицине дает невозможность массовости.

СТАНДАРТ ОБСЛУЖИВАНИЯ — это комплекс обязательств для исполнения правил обслуживания клиентов которые призваны гарантировать установленный уровень качества всех производимых операций. Стандартное обслуживание устанавливает формальные критерии, по которым оценивается уровень обслуживания клиентов и деятельность любого сотрудника фирмы. Эти требования контролируют сегодня страховые компании.

Таковыми стандартами могут быть:

- дни прослуживания того или иного заболевания;
- работа с жалобами и претензиями — количество жалоб не должно быть больше 2-х в месяц на 1 сотрудника. По каждой жалобе пациент обязательно должен получить ответ
- наличие в офисе информационно-рекламных материалов;
- требования по оформлению документов, писем деловых бумаг, объявлений, вывесок.

Начальным этапом формирования стандарта обслуживания можно считать разработку **ФИРМЕННОГО СТИЛЯ** организации. В понятие фирменного стиля входит название организации, ее товарный знак, фирменный цвет, логотип (правила написания названия). Все атрибуты организации, включая вывески, визитные карточки, бланк конверты должны быть оформлены в этом стиле. Фирменный стиль распространяется на рекламно-сувенирную продукцию организации — календари, ручки, еженедельники и т. д. Ярким примером такой фирмы сегодня в нашем рынке является фирма **Jonson & Jonson**.

Несносность услуг к хранению. Если спрос на услуги становится больше предложения, то это нельзя исправить как в промышленности, взяв товар со склада. Аналогично если мощности по услугам превосходят спрос на них, теряется доход и (или) стоимость услуг.

Колебания спроса на услуги присущи почти всем видам услуг. Как правило, спрос на услуги меняется в зависимости от времени года, от дней недели. Несохранимость услуги в условиях постоянного спроса не является сложной проблемой, т. к. всегда можно должным образом

укомплектовать учреждение. Но если спрос колеблется, то возникают серьезные проблемы. Например, в условиях чрезвычайной ситуации (землетрясение, авария), чтобы удовлетворять спрос на перевозку пораженных, необходимо иметь в ресурсе больше транспортных средств, аппаратов ИВЛ и т. д.

Неспособность услуг к хранению требует разработки стратегии, обеспечивающей соответствие спроса и предложения на услуги. Существуют разные пути обеспечения согласования спроса и предложения медицинских услуг:

- увеличение количества врачей на приеме в осенне-зимний и зимне-весенний период – период роста гриппа;
- профилактические мероприятия в эпидемически неблагоприятных очагах;
- введение в период пикового спроса в качестве альтернативы дополнительных услуг (кофе, журналы и т. д.) помогает облегчить пациентам время ожидания основной услуги.

Медицинские услуги всегда связаны с человеком, пациентом, который выступает как создатель проблем для лечебного учреждения, оказывающего помощь. Пациенты нарушают установленные правила, игнорируют предложенные услуги, предъявляют завышенные ожидания. В условиях свободы выбора и отсутствия подчинения пациента учреждению-услугодателю вынуждено заниматься изучением поведения потребителей, их пожеланий, предпочтений и запросов, одновременно разрабатывая специфические приемы выравнивания спроса и предложения и в целом, воздействия на потребителей.

Фирмы сферы услуг, медицинские учреждения, заботящиеся о своем имидже, формировании постоянной клиентуры, должны сами разрабатывать меры по уменьшению возможного покупательского риска. Исследования в сфере услуг показывают, что репутация организации снижает степень покупательского риска.

УМЕНЬШЕНИЕ РИСКА. Большинство методов уменьшения риска разработаны для товаров. Применительно к услугам можно порекомендовать такие действия:

продавец услуг должен определить ожидания потребителей до получения услуги, важно привести ожидания к возможно более реалистическому уровню или подготовить клиента к результатам до оказания услуги;

необходимо заботиться о выполнении обещаний, данных в рекламных проспектах. Обещайте только то, что можете выполнить! Потребители испытывают затруднения в оценке услуг, поэтому необходимо помочь им понять, что они должны искать **ДО, В ТЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕ** получения услуги;

поскольку услуги характеризуются тесным взаимодействием людей, то большое внимание должно быть уделено **ОТБОРУ, ОБУЧЕНИЮ И НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПЕРСОНАЛОМ.**

Итак, услугам, так же как и физическим товарам, присущи покупательские риски. Медицинское учреждение должно уделять внимание этим рискам, заботиться об их уменьшении с целью привлечения дополнительных пациентов.

Услуги, связанные со сбытом и эксплуатацией товаров

Развитие маркетинга тесно связано с эволюцией понятия товара. С точки зрения маркетинга в любом товаре можно выделить три уровня:

- замысел товара – обобщенный товар;
- реальное исполнение товара – реальный товар;
- сопровождение товара – расширенный или интегрированный товар.

На первом уровне – **СОЗДАНИЯ ТОВАРА** (товар по замыслу) определяется, что в действительности будет приобретать покупатель, поскольку люди покупают не просто вещь, они покупают тот эффект, ту выгоду, которая дает им соответствующий товар. Например, покупают не косметику, а надежду стать более привлекательной. Покупают не кровь, а будущее здоровье. **Задача маркетинга – выявить скрытые за товаром нужды и продавать (рекламировать) не свойства, а выгоды от него.**

РЕАЛЬНОЕ ИСПОЛНЕНИЕ ТОВАРА (второй уровень товара) определяет его товарный вид, привлекательность для покупателя, отличие от товаров-конкурентов. Если мы говорим о продаже крови и кровезаменителя, как правило, сюда входят: качество и надежность продукции, упаковка, вес, габариты, цена и др. Покупатели оценивают также

конкурирующие предложения исходя из так называемой «полной стоимости» товара.

ПОЛНАЯ СТОИМОСТЬ или полная цена потребления товара складывается из цены покупки и затрат на эксплуатацию товара в течение установленного срока хранения. Естественно, при подсчете полной цены потребления учитываются все уплаченные налоги, сборы и пошлины. Затраты на эксплуатацию товара определяются путем подсчета затрат на транспортировку, установку, эксплуатацию, ремонт, техническое обслуживание, обучение персонала, выдачу денег донорам.

Наиболее конкурентоспособен тот товар, за который просят минимальную цену, но на рынке здоровья сегодня мы видим другое положение. Затраты на восстановление утраченного здоровья составляют значительно большую стоимость, чем та цена, по которой они продаются.

СЕРВИСНЫЕ УСЛУГИ. В условиях конкуренции расширение сервисного обслуживания своей продукции становится важным средством борьбы за потенциальных покупателей. Под **СЕРВИСОМ** понимается в здравоохранении комплекс услуг, связанных с диагностикой и лечением больного. Лечебное учреждение берет на себя ответственность за условия хранения, приготовление своей продукции. Сервис в здравоохранении — это и высзд бригад специалистов (врачей, медицинских сестер) в крупные организации, где люди могут сдать кровь в привычной им обстановке.

Конкурентоспособность товара — понятие интегральное, оно складывается из ряда параметров:

- потребительские параметры (2-й уровень);
- экономические (формирование цены);
- организационно-коммерческие параметры (удобство расчетов и возможности кредитования, степень ответственности переливания крови, наличие информации).

Сегодня наша медицина живет в рамках обязательного медицинского страхования и ее доминантными фигурами становятся врач и медицинская сестра общей практики. При этом врач и медицинская сестра являются одними из участников общественного производства. Результаты общественного производства выражаются либо в вещественной форме (материальные средства — товары), либо в виде

деятельности (услуги). В обмен на продукт труда производитель получает товары и услуги для удовлетворения личных потребностей (своих, а также нетрудоспособных членов семьи и общества).

Учет медицинских услуг до последнего времени производили измерением фактически осуществленных затрат и показателями деятельности. Натуральной мерой при этом выступало, главным образом время, в течение которого выполняются функции. Денежная оценка допускалась лишь постольку, поскольку фиксируется текущий расход материальных и финансовых средств. Но такой подход вместе с недооценкой рыночных принципов в общественной жизни сказался накоплением негативных тенденций в состоянии здоровья населения. И наша задача состоит в том, чтобы лучше узнать потребителей наших услуг — наших пациентов, создать все условия для благоприятного воздействия на состояние здоровья населения.

На наш взгляд, врач и медицинская сестра общей практики являются в определенной степени и специалистами по маркетингу — маркетологами. Они знают свой внутренний и внешний «рынок», своих конкурентов — коллег, контролируют наличие лекарственных средств в аптеках, проводят изучения своих пациентов, т. е. кроме своей непосредственной лечебной помощи выполняет множество функций, связанных с маркетинговой деятельностью.

Кроме них, конечно, маркетинговая деятельность присутствует и медицинским вузам, как исследователям, и ведущим клиникам, которые создают новые технологии для лечения и диагностики, после чего мы видим их рекламу на телевидении. Санатории и профилактории, для того чтобы выжить в рамках экономического спада, вводят новые должности специалистов, функции которых составляет маркетинг.

Следовательно, маркетинг — это сложное явление, которое можно рассматривать с разных сторон:

— маркетинг на уровне высшего руководства является основой разработки стратегии организации (маркетинг как управленческая философия);

— маркетинг на уровне среднего звена управления связан с выполнением определенных мероприятий по формированию спроса и сбыту продукции (маркетинговая деятельность).

Таким образом, основной целью маркетинга в здравоохранении является — удовлетворение спроса потребителей в медицинских услугах.

Для достижения поставленной цели ЛПУ должно решить следующие основные задачи:

- провести анализ существующего рынка и проблем, связанных с осуществлением маркетинга;
- выбрать целевой рынок;
- разработать маркетинговый комплекс;
- осуществить маркетинговую деятельность, а именно провести стратегическое планирование и планирование маркетинга.

Изучение основ маркетинга является обязательным при подготовке менеджеров всех уровней управления здравоохранением.

Рекомендованная литература

1. В. И. Кашин и др. «Маркетинг и его использование в здравоохранении». Петрозаводск, 1993. — 77 с.
2. Ф. Котлер «Основы маркетинга». М., Прогресс, 1990. — 730 с.
3. А. А. Лебедев «Маркетинг в здравоохранении». Москва, 1995. — 50 с.
4. О. Т. Лебедев, Т. Ю. Филиппова «Основы маркетинга». С-Пб.: ИД «МиМ», 1997.
5. А. А. Модестов и др. «Маркетинг в здравоохранении». Красноярск, 1993. — 97 с.
6. Пособие по прикладной экономике для поступающих в магистратуру. Тема 1.5. Основы маркетинга. Москва, 1996. — 14 с.
7. Экономика здравоохранения / Учебное пособие под ред. проф. В. З. Кучеренко/, Москва, 1996. — 52–63, 206–233 с.

Содержание

Введение (лауреат Государственной премии России, заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН, профессор <i>А. Ф. Краснов</i>).	
НАПРАВЛЕНИЯ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	3
Глава I. РАЗВИТИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА КАК НАУКИ (академик РАМН, профессор <i>А. Ф. Краснов</i> – Самара, к.м.н. <i>Л. А. Карасева</i> – Самара).....	14
Возникновение и развитие сестринского дела за рубежом.....	17
Развитие сестринского дела в России	21
Глава II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА (профессор <i>С. И. Двойников</i> – Самара, профессор <i>В. А. Лапотников</i> – Санкт-Петербург)	44
Определение сестринского дела, его цели и задачи	44
Философия сестринского дела	48
Научные теории сестринского дела	53
Сестринский процесс	55
Основные этапы сестринского процесса	57
Сестринский персонал	71
Глава III. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА (д. ф. н. <i>А. Я. Иванюшкин</i> – Москва)	74
Модели взаимоотношений медицинских работников и пациентов. Права пациента	79
Профессиональная тайна	83
Профессиональные ошибки. Ятрогении	85
Медицинские вмешательства в репродукцию человека	88
Смерть и умирание	97
Трансплантация органов и тканей	103
Проблемы справедливости в здравоохранении	105
Глава IV. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (профессор <i>В. В. Косарев</i> – Самара, профессор <i>И. А. Алешин</i> – Оренбург, доцент <i>В. В. Осипов</i> – Самара, доцент <i>М. А. Долгов</i> – Оренбург)	110
Понятие о здоровье	110

Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний	116
Основные факторы здоровья	119
Движение и здоровье	128
Закаливание и здоровье	131
Эмоции, стресс и здоровье	133
Экологические и профессиональные факторы и здоровье	135
Семья и здоровье	143

Глава V. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

(доцент <i>Н. Б. Имашева</i> – Самара, к.м.н. <i>Л. А. Карасева</i> – Самара) ..	147
Значение питания в жизнедеятельности организма	148
Организация лечебного питания	150
Значение пищевых веществ в питании здорового и больного человека	173
Принципы составления диет, их краткая характеристика	177

Глава VI. ПСИХОЛОГИЯ

(профессор <i>Н. И. Мельченко</i> – Самара, <i>О. А. Хашина</i> – Самара) ..	181
Психология больного и его реакция на болезнь	181
Психологические аспекты профессиональной деятельности медицинского работника	188
Социальная психология	192
Психология управления	194

Глава VII. ПЕДАГОГИКА

(доцент <i>А. Н. Краснов</i> – Самара, доцент <i>Е. Ф. Стебихова</i> – Самара)	201
Основы общей педагогики	201
Основы самоподготовки	211
Основы дидактики	213
Основы педагогического общения	219
Профессиональные требования к преподавателю	224

Глава VIII. МЕНЕДЖМЕНТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

(профессор <i>И. В. Поляков</i> – Санкт-Петербург)	229
Основы менеджмента	229
Лидерство и управление	248

Глава IX. СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (профессор <i>А. Г. Сапрыкина</i> – Самара, <i>Т. И. Вялова</i> – Самара, <i>Н. Н. Косарева</i> – Самара, <i>Т. Ф. Овсянникова</i> – Самара).....	263
Профессиональная модель сестры-организатора	263
Организация и управление в работе медицинской сестры-руководителя	265
Санитарная статистика	275
Анализ заболеваемости	282
Глава X. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (профессор <i>В. В. Сергеев</i> – Самара)	292
Глава XI. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (профессор <i>Р. А. Галкин</i> – Самара, профессор <i>С. И. Двойников</i> – Самара, профессор <i>И. В. Поляков</i> – Санкт-Петербург, доцент <i>В. В. Павлов</i> – Самара, к.м.н. <i>Т. М. Зеленская</i> – Санкт-Петербург).....	308
Экономические вопросы в работе медицинской сестры-руководителя	308
Ценообразование в здравоохранении	309
Страховая медицина	315
Методические основы оценки качества медицинской помощи ..	323
Глава XII. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (профессор <i>Е. З. Кучеренко</i> – Москва, профессор <i>С. И. Двойников</i> – Самара, доцент <i>В. М. Алексеева</i> – Москва).....	338
Выбор целевых рынков	344
Конкуренция – качеству подмога	352
Услуги, связанные со сбытом и эксплуатацией товаров	359

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

Том I

Учебник для студентов
факультета высшего сестринского образования
медицинских вузов

Технический редактор Т. П. Колчева
Корректор Т. И. Храмова

Лицензия ЛР № 040821 от 23.06.97 г.

Подписано в печать 22.09.2000 г. Формат 60х90/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Тим-таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 23
Тираж 1000 экз. Заказ № 186.

Издательство ГП «Перспектива»,
г. Самара, 443010, ул. Чапьевская, 181.

Типография издательства «Самарский Дом печати».
443086, г. Самара, проспект Карла Маркса, 201.

ISBN 5-900031-09-8



9 785900 031095 >



Администрация Самарской области
Департамент здравоохранения
**Государственное
предприятие**
"ПЕРСПЕКТИВА"
443010, Самара, а/я 305
тел.(8462) 33-63-33, 38-98-70

ИЗДАТЕЛЬСТВО ГП "ПЕРСПЕКТИВА"
ПРЕДЛАГАЕТ:

УЧЕБНИК
"СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ХИРУРГИИ" (доп. тираж)

Авторы: заслуж. врач России, доктор мед. наук, академик РАМН, профессор **Р.А.Галкин**, зав. кафедрой сестринского дела СГМУ, доктор мед. наук профессор **С.И.Девякин**

В данном учебнике изложены материалы по организации, принципам работы, функциям и содержанию деятельности сестринского персонала хирургической службы печеных учреждений.

В первой части учебника дается характеристика основных направлений деятельности медицинской сестры, работающей в отделениях общеврачебной практики, хирургическом кабинете поликлиники, хирургическом отделении лечебных учреждений. Во второй части - с современных позиций представлена синдромная диагностика основных хирургических заболеваний. Кроме того, приведены основные нормативные документы по здравоохранению, регламентирующие работу хирургической службы. Все это придает данному учебнику не только творческую, но и практическую ценность.

Рекомендован Департаментом научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений Министерства здравоохранения Российской Федерации в качестве учебника для студентов факультетов высшего сестринского образования медицинских вузов, студентов медицинских колледжей и училищ страны.

РУКОВОДСТВО
"СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ"
2000 г

Авторы доктор мед. наук, академик РАМН, член кор. РЗА, профессор **О.И. Лулева**, зав. кафедрой сестринского дела СГМУ, доктор мед. наук профессор **С.И.Девякин**, кандидат мед. наук, зав. учебной частью кафедры социальной медицины и организации здравоохранения ФПП СГМУ **Т. А. Гаверилова**

В руководстве представлена подробная информация об организации акушерско-гинекологической службы и сестринского процесса, юридические аспекты оказания акушерско-гинекологической помощи. Кроме того, освещены проблемы планирования семьи, анатомо-физиологические особенности женского организма в онтогенетическом аспекте, основные гинекологические заболевания и тактические изложения с позиций синдромного подхода.

Рекомендовано Департаментом образовательных медицинских учреждений и кадровый политики Министерства здравоохранения Российской Федерации

Руководство предназначено для студентов высшего сестринского образования медицинских вузов страны, студентов медицинских колледжей и училищ, медицинских гостар-руководителей лечебных учреждений, акушеров и врачей акушерско-гинекологов.

РУКОВОДСТВО "СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ТЕРАПИИ"

2000 г

Авторы: **Лалов В. В., Двойников С. И., Осипов В. В.** под редакцией ректора Самарского государственного медицинского университета, Гаурата Государственной премии РФ, заслуженного деятеля науки РФ, доктора мед. наук, профессора **Г. П. Котельникова**

В руководстве представлена информация об организации сестринского процесса при ведении синдромов заболеваний внутренних органов, основные характеристики сестринского процесса, цели, этапы и оценка сестринского вмешательства. Раскрываются принципы реализации терапевтических больных, аспекты, фазы и особенности применения различных методов в реабилитации.

Рекомендовано Департаментом образовательных медицинских учреждений и кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации

Руководство предназначено для студентов высшего сестринского образования медицинских вузов страны, студентов медицинских колледжей и училищ, медицинских сестер-руководителей лечебных учреждений, медсестрам общей практики.

РУКОВОДСТВО "СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПЕДИАТРИИ"

2000 г

Авторы: **Захарова Л. И., Дасиников С. И., Рябчикова Т. В., Чайковская М. В.** под редакцией ректора Самарского государственного медицинского университета, Гаурата Государственной премии РФ, заслуженного деятеля науки РФ, доктора мед. наук, профессора **Г. П. Котельникова**

Руководство посвящено сестринскому процессу в педиатрии, с выделением проблем здорового и больного ребенка в динамике его возрастного развития и заботливый. Представлены принципы и организация государственного медицинского обеспечения здоровых детей. Детализировано содержание профилактической работы по поддержанию их здоровья. Выделены критические фазы и пограничные состояния, связанные с развитием детей в разные возрастные периоды, с освоенными позиций освещены вопросы рационального питания и вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний. Приведены оригинальные данные о профессиональном сестринском контакте при уходе за детьми, о медико-психологических аспектах работы в детских ЛПУ разного профиля.

Рекомендовано Департаментом образовательных медицинских учреждений и кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации

Руководство предназначено для студентов высшего сестринского образования медицинских вузов страны, студентов медицинских колледжей и училищ, медицинских сестер-руководителей лечебных учреждений, медсестрам общей практики

Либидова А.А., Дюжикова Н.А., Либидова П.А. "Новые лекарственные средства в педиатрии"
Библиотека семейного врача, вып.2 Макавецкая Г.А., Захарова Л.И., Стуколова Т.И. "Ребенок. От рождения до юности"
Библиотека семейного врача, вып.3 Линева О.И., Павлов В.В. "Женщина. Акушерские и гинекологические проблемы"
Библиотека семейного врача, вып.4 Галин Р.А., Лещинко И.Г., Шебуев М.Г. "Хронический больной"
Руководство "Семейная медицина" в 2-х томах (под общ. ред. акад. Ковалева А.Ф.) Справочник по инфекционным заболеваниям у детей Изданы 2-е, переработанное и дополненное
Галин Р.А., Двойников С.И., Павлов В.В., Поляков И.В., Уваров С.А. "Материнское молоко: политика в здравоохранении"
В.В.Козлов "Профессиональные заболевания медицинских работников"
В.И.Белоднев, В.В.Землин, Е.П.Иванов "Диагностика и лечение порождений генетоды"
О.И.Линка "Антибактериальная терапия инфекционной патологии репродуктивной системы женщины"
Г.Н.Носинев, В.В.Павлов "Общение с пациентом"

