Т.В. Матвейчик



Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее

Т.В. Матвейчик

Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее

Минск
«Ковчег»
2020

УДК 614.614:253.3: 378.046.4
ББК 51.1(2)
М33

Рекомендовано Правлением Белорусского общественного объединения медицинских сестер (протокол № 3 от 28.08. 2020 г.)

Автор:
Матвейчик Т.В., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Рецензенты:
Бураков И.И., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор;

кафедра социально-трудовых отношений государственного учреждения образования «Республиканский институт повышения квалификации и переподготовки работников Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь»

Матвейчик Т. В.

М33 Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее. / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 224 с.
ISBN 978-985-884-003-7.

В книге освещены периоды становления сестринского образования и профессии медицинской сестры в Беларуси и России, в современной Республике Беларусь, развитие женского милосердия, перспективы становления профессии медицинской сестры.

Предназначена специалистам в области сестринского дела и общественного здравоохранения, главным (старшим) медицинским сестрам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, акушеркам, слушателям повышения квалификации государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», лицам, интересующимся историей медицины.

УДК 614.614:253.3: 378.046.4
ББК 51.1(2)

ISBN 978-985-884-003-7

© Матвейчик Т.В., 2020
© Оформление. ООО «Ковчег», 2020

Оглавление

Список сокращений 4

Введение 5

Глава 1. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении 8

Глава 2. Сестринское образование в Беларуси от Великого княжества Литовского и до Флоренс Найтингейл .. 25

Глава 3. Краткий экскурс в историю становления сестринского дела и развития профессии медицинской сестры в Беларуси и в мире конца XIX начала XXI века (Матвейчик Т.В., Антоненко А.И., Борисовец А.А., Кулагина Г.В.) 66

Глава 4. Прообраз семейного врача на примере лейб-медиков в истории медицины XVII-XIX вв. 100

Глава 5. Здравоохранение и медицинское образование в БССР в 1930-1940 гг. и в 1945-1950 гг.: состояние и уроки (Матвейчик Т.В., Тищенко Е.М. 125

Глава 6. Междисциплинарное взаимодействие команды врача общей практики: трансформация роли помощника врача и медицинской сестры в профилактике отдельных хронических заболеваний 140

Глава 7. Научно-педагогические инновации в области образования медсестер в Республике Беларусь 166

Заключение 199

Глоссарий 215

Приложения 220

Список сокращений

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация

БО – больничная организация

БелМАПО – Белорусская медицинская академия последипломного образования

БелООМС – Белорусское общественное объединение медицинских сестер

БСУ – больница сестринского ухода

БОКК – Белорусское Общество Красного Креста

ВКЛ – Великое княжество Литовское

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОВ – Великая Отечественная война

ВОП – врач общей практики

ГрГМУ – Гродненский государственный медицинский университет

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ЗППП – заболевания, передающиеся половым путем

КМП – команда медицинского персонала

МС – медицинская сестра

МСМС – Международный совет медицинских сестер

ОЗ – организация здравоохранения

ООН – Организация объединенных наций

ПАВ – поверхностно-активные вещества

ПМП – первичная медицинская помощь

ПК – повышение квалификации

Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

РОКК – Российское Общество Красного Креста

СД – сахарный диабет

СМИ – средства массовой информации

СНК – Совет народных комиссаров

СЭС – санитарно-эпидемиологическая станция

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

ОЗ – организация здравоохранения

ФПБ – Федерация профсоюзов Беларуси

ФР – фактор риска

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

ЦУР – Цели устойчивого развития

ЮНЕСКО – Организация объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры

Введение

Составной частью общественного здоровья и здравоохранения является сестринское дело, имеющее историю становления и развития на протяжении многих столетий. В социально ориентированном государстве важным аспектом национальной безопасности является защищенность людей и общества от таких явлений и тенденций, которые могут негативно сказаться на устойчивом развитии страны. В первую очередь это касается сохранения и укрепления здоровья людей, в чем активно помогает выстроенная система здравоохранения Республики Беларусь и ее главные представители – врачи и медицинские сестры.

История развития сестринского дела в мире и в нашем государстве на протяжении XIII-XXI вв. указывает вехи развития системы оказания медицинской помощи, прежде чем стать бесплатной, общедоступной и удовлетворяющей главную потребность человека в жизни – в здоровье.

Главный посыл Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко на встрече 13.12.2019 г. со студентами и преподавателями медицинских вузов состоял в том, что: «перед отечественной медициной стоит важнейшая задача – увеличить продолжительность и качество жизни наших граждан. Таков один из основополагающих приоритетов национальной политики государства».

Глобальная кампания «Сестринское дело сегодня» в поддержку сестринского дела, объявленная в Лондоне Ее Королевским Высочеством Герцогиней Кембриджской, МС и лидерами здравоохранения из 191 страны мира подсказала авторам идею осмысления опыта медицинского образования прошлого для более эффективного планирования будущего.

Сопредседатель кампании «Сестринское дело сегодня» профессор Шила Тлоу отмечает: «Кампания «Сестринское дело сегодня» должна помочь медицинским сестрам стать лидерами, научиться новому и укрепить позиции профессии. Путем обучения, оказания поддержки и воспитания навыков политического лидерства мы поможем им занять достойное место за столом переговоров при принятии решений о будущем облике здравоохранения в их странах».

Для достижения Цели в области устойчивого развития 3 по

обеспечению здоровья и благополучия для всех в любом возрасте мировому сообществу, согласно прогнозам ВОЗ, к 2030 г. потребуется еще 9 млн. МС и акушерок. С этими дополнительными рабочими местами связаны глобальные возможности для инвестиций в кадровые ресурсы здравоохранения, а также возрастет потребность в обучении этих квалифицированных кадров.

Согласно ряду резолюций влиятельных международных организаций – ВОЗ, ООН (ЮНИСЕФ), ЮНЕСКО – МС как самым многочисленным представителям медицинских работников со средним образованием отводится одна из ведущих ролей в решении задач повышения качества и эффективности медицинской помощи. Появление специалиста нового типа – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи – становится важным фактором для совершенствования функций профилактической направленности. Деятельность МС разнообразна и касается не только диагностического и лечебного процесса, но и взаимодействия с органами социальной защиты, образования. Объектом деятельности МС и Пвр является пациент как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост и развитие личности. Для каждого пациента медицинские работники создают атмосферу определенного отношения к его настоящему и прошлому, жизненным ценностям, убеждениям, принимают необходимые меры безопасности, если здоровью человека угрожает опасность. Основной принцип деятельности специалистов сестринского дела – уважение прав и достоинства человека.

Многовековой опыт помощи больным и здоровым людям предлагает изучение истории становления профессии МС, чему посвящено данное исследование.

Святой Дмитрий Ростовский считал: «Что вы удостаиваетесь послужить болящему, то за сие благодарите Бога: но да не вознесется сердце Ваше о сем; быть у больного – весьма доброе дело, и заповедь Божия, и долг любви сего требует, но только не выше сил и не с потерей своего здоровья». Этот совет сохраняет актуальность в настоящее время борьбы мира с коронавирусной инфекцией.

Совместная работа с доктором медицинских наук, профессором Е.М. Тищенко была насыщенной и активной, но непродол-

жительной. В архивах моей переписки с другом и соратником обнаружен фрагмент его неопубликованных материалов, использованных в 4-й главе. Благодарим соавторов отдельных разделов работы.

Авторы выражают надежду, что предлагаемые материалы окажутся полезными специалистам в области сестринского дела и общественного здравоохранения, главным (старшим) медицинским сестрам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, акушеркам, слушателям повышения квалификации государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», лицам, интересующимся историей медицины, педагогическим работникам учреждений образования.

Глава 1. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении

В мире происходит трансформация здравоохранения как системы оказания медицинской помощи, приближенной к потребностям людей в сохранении и укреплении здоровья. В совершенствовании доступности и качества помощи населению в области медицины на первое место выходит самый многочисленный отряд медицинских работников – МС, являющиеся бесценным резервом в борьбе с вызовами XXI века в виде ХНИЗ [1-6], а в настоящее время – и пандемии коронавирусной инфекции.

Наглядное напоминание об уникальной роли категории средних медицинских работников и призыв обеспечить им необходимую поддержку, чтобы МС могли продолжать охранять здоровье у жителей планеты, содержится в докладе Генерального директора ВОЗ д-ра Т.А. Гебрейесуса: «Сестринский персонал – фундамент любой системы здравоохранения. Сегодня многие работники сестринских служб оказались на линии фронта в войне с COVID-19».

Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении

Вследствие прогнозируемого дефицита МС мир озабочен состоянием кадрового обеспечения медицинской помощи. По данным Европейской комиссии по здравоохранению «Кадровые ресурсы – важнейший вклад и сдерживающий фактор для систем здравоохранения» (2000), к 2020 г. предсказывался дефицит профессиональных кадров в здравоохранении порядка 1 млн.: 590 000 МС, 230000 врачей и 150000 других категорий профессиональных работников. Следствием этого станет 15% ожидаемый дефицит медицинских услуг населению, в сравнении с 2010 г. [эл. рес.6,7].

Справочно. В мире насчитывается немногим менее 28 млн. работников сестринских служб (в Республике Беларусь – 115357 чел.). С 2013 по 2018 г. их численность выросла в мире на 4,7 млн., дефицит сохраняется и составляет 5,9 млн., наиболее остро проблема нехватки МС стоит в Африке, Юго-Восточной Азии, в регионе ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, в ряде стран Латинской Америки. Более 80% всего сестринских работ-

ников мира работает в странах, на долю которых приходится половина населения планеты. Каждый восьмой работник сестринских служб работает не в стране происхождения или обучения (выраженный отток кадров из стран Балтии). Отряду сестринских медицинских работников нашей страны угрожает старение. Каждая шестая МС выйдет на пенсию в ближайшие 10 лет. В Республике Беларусь в 2012 г. возраст старше трудоспособного имело 12% МС, в 2019 г. – 14%. Прогноз сектора здравоохранения ЕС до 2020 г. состоит в возрастании потребности в долговременной помощи и кадрах [8, 9, 11; эл. рес.10].

Следствием этого стала Европейская стратегия по реализации политики Здоровье-2020 с целью улучшения здоровья и благополучия населения стран Европы и снижения неравенства в отношении здоровья. Приоритетами объявлены такие направления, как расширение и трансформация образования, кадровое планирование и оптимизация профессиональной структуры, обеспечение привлекательной рабочей среды и содействие научно обоснованным практикам и инновациям через набор стимулирующих механизмов. Это регулирование, исследования, партнерство и управление [13,14, эл. рес. 12].

На 25-м Конгрессе МСМС «Справедливость и доступность медицинской помощи» (18-23.05.2013 г. Мельбурн, Австралия) также были рассмотрены вопросы по развитию сестринского дела и образованию [3, эл. рес. 15].

III Всемирный форум по кадрам здравоохранения Ресифе, (Бразилия, 10-13 ноября 2013) «Кадровые ресурсы здравоохранения: основа для достижения всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью и программы развития после 2015 года» рассмотрел задачи для государств в области обеспечения кадрами врачей и МС.

Приоритетные направления работы ВОЗ изложены в двухгодичном плане сотрудничества между Европейским региональным бюро ВОЗ и Республикой Беларусь. Он реализуется в тесном взаимодействии с Министерством здравоохранения, соответствующими национальными учреждениями и международными партнерскими организациями.

Основные области сотрудничества ВОЗ в Республике Беларусь на 2018-2020 гг.:

- достижение ЦУР, связанных со здоровьем;
- обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами;
- развитие системы здравоохранения, укрепление ПМП и информационной системы здравоохранения;
- борьба с ХНИЗ, психическими заболеваниями, насилием и травмами;
- проблемы здоровья детей и подростков;
- проблемы антибактериальной резистентности;
- вопросы профилактики, диагностики и лечения инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекции, туберкулез и вирусные гепатиты.

ВОЗ и международные организации осуществляют значительную работу со странами и организациями, включая организации гражданского общества и местного населения [эл. рес. 7]. Эта мысль подчеркнута в докладе М. Чен, директора ЕРБ ВОЗ (2016): «Мы являемся гражданами мира, который резко изменился с начала нынешнего столетия, когда в качестве самой общей основы международного сотрудничества были приняты Цели тысячелетия в области развития, особо важной является Цель 3 – Хорошее здоровье и благополучие. Эти изменения подчеркивают последствия существования в мире исключительно повысившейся взаимозависимости. Внутренние дела, как никогда ранее, переплетены с международными системами, определяющими экономику, финансовые рынки, деловые отношения и торговлю».

Резолюции ВОЗ за период 2004-2019 гг. свидетельствуют о постоянном внимании к развитию трудовых ресурсов здравоохранения:

- **2004** – Международная миграция персонала здравоохранения: проблема для систем здравоохранения в развивающихся странах (WHA57.19).

В Республике Беларусь, как и во всех европейских странах, центральная роль в секторе здравоохранения, ее стратегический капитал составляет около 10% всех трудовых ресурсов [8,14]. На долю медицинских кадров ЕС приходится большая часть бюджета сектора здравоохранения (65-80%). Доступность и эффективность услуг здравоохранения зависит от профессионализма и

успешности ее кадровых ресурсов, его дефицит становится ограничением для совершенствования оказания медицинской помощи населению, особенно в сфере ПМП, охраны здоровья женщин и детей.

- **2006** – Быстрое увеличение масштабов подготовки работников здравоохранения (WHA59.23)
- **2007, 2009** – Стратегии кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе (EUR/RC57/R1), (EUR/RC59/R4)
- **2010** – Глобальный кодекс практики ВОЗ по международному найму персонала здравоохранения (WHA 63.16)
- **2011** – Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения (WHA 64.6)
- **2013, 2005** – Директивы Европейского Союза и Парламента по признанию квалификаций (2005/36/EC; 2013/55/EU).
- **2015, 2013** – Трансформирование образования кадров здравоохранения для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами (WHA 66.23). Рамки компетенций для признания квалификации МС ЕФМС (2015).
- **2019** – Стимулирование развития первичной медико-санитарной помощи (EUR/RC69/R8).

Внимание Европейского регионального бюро ВОЗ к сестринскому делу и формированию политики велико, вопросы о его совершенствовании систематически включены в повестку дня (Варшава, 2011; Санкт-Петербург, 2012; Вильнюс, 2013; Рига, 2015; Минск, 2015; Барселона, 2016). Благодаря признанию европейским сообществом успехов Республики Беларусь в достижении Глобальных целей развития тысячелетия, озвученном на I Европейской министерской конференции ВОЗ (Минск, 2015), Республика Беларусь приступила к выполнению ЦУР (ЦУР 3 – Хорошее здоровье и благополучие и ЦУР 4 – Качественное образование) [эл. рес. 10].

Мнение ВОЗ о роли и месте медицинских сестер в здравоохранении

- **Вена, 1988**: в поддержку европейских задач достижения здоровья для всех «…потенциал медицинских сестер по отношению к ПМП может быть наилучшим образом реализован…Необходимо адаптировать политику и определить характер мероприятий, которые позволили бы медсестрам выполнять

свою новую роль в рамках системы ПМСП с достаточной самостоятельностью».

- **Мюнхен, 2000**: «…в таких областях, как общественное здравоохранение, укрепление здоровья и развитие потенциала населения» необходимо усилить роль медицинских сестер. «…МС и акушерки играют важную, все возрастающую роль в решении нынешних проблем общественного здравоохранения, а также в оказании высококачественной, эффективной, доступной для всех и непрерывной ПМП, направленной на удовлетворение меняющихся потребностей населения и обеспечение прав человека…».
- **Политика ВОЗ Здоровье-2020**: МС с пациентами с ХНИЗ и престарелыми должны «изучить новые способы самопомощи для того, чтобы справляться с симптомами болезни и соблюдать нередко сложные медицинские режимы, предусматривающие принятие лекарств, лечение, диеты и упражнения. Для того, чтобы обеспечить им и их семьям оптимальное качество жизни, необходимы обучение и медико-санитарная помощь» [эл. рес. 7,12]. Особо актуальна работа Республики Беларусь в Программном координационном совете объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) на регулярной основе на 2020-2022 гг., что свидетельствует о признании национальных достижений в решении проблем ВИЧ/СПИД и положительной оценке вклада Беларуси в международное сотрудничество, отраженное в ряде резолюций (WHO 42.2.27; 45.5; 47.9; 48.8; 49.1).
- **Цели в области устойчивого развития на период до 2030 года**, сформулированные в Декларации тысячелетия ООН (2015), представляют собой совокупность разработанных ООН целей по формированию глобального партнерства, отражены в резолюции Генеральной ассамблеи ООН от 21.10.2015 г. №70/1 «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» [эл. рес. 7, 9, 10, 12].
- **Варшава, 2011**: «…медсестры и акушерки составляют большую часть трудовых ресурсов в системах здравоохранения многих стран». Признано, что: «…оказание основанных на знаниях квалифицированных услуг по охране здоровья позволяет довести до максимума физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие отдельных людей, семей и

общества». Рекомендации следующие:

- Разработать единое стратегическое видение, направленное на достижение целей политики Здоровье-2020.
- Собрать примеры показательной практики в странах, содействовать обмену информацией, и поощрять внедрение инноваций.
- Обеспечить политическую приверженность и техническое сотрудничество [эл. рес. 7, 10, 12].
- **I Европейская министерская конференция ВОЗ** (Минск, 2015) поставила цель о реализации политики Здоровье-2020 и выполнении Целей устойчивого развития на принципах охвата всех этапов жизни человека [эл. рес. 14].
- **Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко** на I Европейской министерской конференции ВОЗ (Минск, 2015): «Здоровье нации – главная инвестиция государства» отметил: «Мы начали с человека, понимая, что без человека не может быть никакой экономики, не может быть никакого государства. В этом отличие нашего пути развития в постсоветский период от других государств. На здравоохранение ежегодно выделяются значительные государственные средства. В 2014 г. их объем составил около 6% ВВП нашей страны. Это только учтенные по линии государства. Огромные средства меценатами, спонсорами выделяются, предприятиями. Я это не на злобу дня говорю, не для того, чтобы польстить кому-то, мы не достигли бы всего этого без помощи ведущих стран в здравоохранении. Мы перенимали ваш опыт, создавая систему здравоохранения постсоветского периода, и как губка, впитывали то, что нам нужно» [эл. рес. 10].
- **Барселона, 2016** – флагманский курс ВОЗ по укреплению систем здравоохранения: «Фокус на НИЗ. Совместная работа в команде через разделение задач и простые алгоритмы; возможности проведения профилактики, консультаций населения по изменению поведения, привитию культуры здоровья; принятие направляемого подхода к междисциплинарному опыту – основной вывод» [3, 4, 17-24, эл. рес. 7,12].
- **Рекомендации Международного совета медицинских сестер 2017 г.** «Медицинские сестры – движущая сила перемен: укрепление устойчивости системы здравоохранения»:
- внедрять и поддерживать межпрофессиональное образова-

ние и практику [2, 3, 9; эл. рес. 4, 7, 12, 21].

В любой ОЗ МС могут реализовать программы совместного обучения с врачами и работу в команде, обеспечивать соответствующие потребностям практики модели оказания помощи в уходе за пациентом [2, 21-24, 29, 30; эл. рес.10]. В Республике Беларусь установлено международное сотрудничество с многими европейскими государствами, на кафедре ОЗиЗ – с Грузией, Грецией, Казахстаном, Латвией;

- добиваться баланса между медицинским подходом (вниманием к лечению заболевания) и здоровьем населения (мерами по сохранению здоровья, профилактике) [5,11,15, эл. рес. 12];
- определять и демонстрировать лидерство в глобальных и национальных стратегиях, направленных на решение проблемы неравномерного распределения медицинских кадров и миграции [14, 25, 30];
- сотрудничать с правительственными и общественными организациями для достижения подходящих методик кадрового планирования (инициатива в разработке Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2020-2024 гг.) [2, 14, 17, 30; эл. рес. 10,12];
- укреплять и диверсифицировать оказание помощи в системе ПМП (расширять ответственность и роль Пвр, МС готовить достойную смену) [15-25];
- гарантировать присутствие голоса МС во всех дебатах и обсуждениях по вопросам здравоохранения и социальной поддержки, в т.ч. по вопросам финансирования здравоохранения, этики, детерминант здоровья [13,14,18, 26, эл. рес.12];
- оценивать влияние законодательства на регулирование системы здравоохранения и кадровой политики в области сестринского дела [27, 28, 30];
- разрабатывать и улучшать информационную систему в поддержку качественного планирования и развития здравоохранения [17-20];
- участвовать в исследованиях, связанных с планированием кадров, с системой здравоохранения;
- оценивать влияние на систему здравоохранения комплексных социальных и гендерных вопросов (детерминанты здоровья, неравенство и несправедливость) [21-26];

• обеспечивать недопустимость дискриминации (ВИЧ/СПИД), стигматизации старости (эйджизм), ЗППП, психиатрических болезней) [21-24, 27, 29] согласно классическим постулатам «не навреди» и «делай добро» среди всех медицинских работников, о чем А.П. Чехов писал: «Боже, не позволяй мне осуждать или говорить о том, чего я не знаю и не понимаю».

Согласно материалам 69-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ подписан Двухгодичный план сотрудничества между Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Европейским региональным бюро ВОЗ на 2020-2021 гг.

Рекомендации Европейского регионального бюро ВОЗ в области развития сестринского дела на 2020 г.:

• перенос системы обучения МС и акушерок на уровень вузов [13,14, 25];

• расширение профессиональных обязанностей МС и Пвр в системе ВОП [17,18, 21, 22];

• подготовка главных МС к исполнению руководящих функций в системе здравоохранения [30-32];

• создание возможностей карьерного роста [2];

• улучшение условий труда и оплаты труда МС [35, 36];

• повышение осведомленности государства и общества о важности работы МС, Пвр и акушерок, чему будет способствовать кампания «Сестринское дело сегодня» и публикации по обмену опытом МС в профессиональных журналах «Медицинские знания» и «Мир медицины».

• **Лиссабон, 2019** – грамотность в вопросах здоровья как инструмент профилактики НИЗ о роли МС в ПМСП и профилактике [12, 31, эл. рес. 6, 7,10].

• **Копенгаген, 2020** – доклад ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров». «Политики знают, сколько стоит подготовка и сохранение профессиональных сестринских кадров, но только теперь многие из них начинают по-настоящему понимать истинную ценность сестринского персонала. Каждый доллар, вложенный в развитие сестринского дела, приносит очевидную для всех и ощутимую отдачу в том, что касается здоровья и благополучия людей и семей», – отметила Аннетт Кеннеди, председатель МСМС [25].

Проблемы глобальных вызовов ХНИЗ в XXI в., отраженные в международных документах (направления действий для достижения целей «Здоровье-2020», предложенные ЕРК ВОЗ).

- **Политическая декларация Генеральной ассамблеи ООН** (2011) Резолюция 66/2 от 19.09.2011г. п.1: «глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний – это один из основных вызовов развитию в XXI веке, который подрывает социально-экономическое развитие во всем мире и ставит под угрозу достижение согласованных на международном уровне целей в области развития».
- **Флагманский курс ВОЗ:** Фокус на НИЗ (Испания, Барселона, 2016)
- **Страновой офис ВОЗ** (2017). Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016 [16].
- **О здравоохранении**: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-XII (в ред.21.10.2016) [эл. рес. 15].
- **Государственная программа** «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы [16, 33, эл. рес. 10].
- План мероприятий по развитию системы социально-гигиенического мониторинга и совершенствования работы в области первичной профилактики ХНИЗ в Республике Беларусь» (2017) [9, 33; эл. рес. 10].

Генеральный директор ВОЗ М. Чен на конференции МСМС в Сеуле (2015) отметила: «Человек, спасший жизнь, – это герой. А человек, спасающий сотни жизней, – это, безусловно, медсестра. Такой человек, вероятно, перегружен работой, получает низкую зарплату и в значительной степени недооценен, особенно на уровне разработки политики. А то, что этот человек спасает жизни, не учитывается».

Поддержать МС, расширить их права и возможности для решения проблем здравоохранения в разных странах поможет ряд мероприятий в Международный год средних медицинских и акушерских работников.

Согласно мнению ЕРБ ВОЗ, приоритетами в области развития сестринского дела на 2020 г. станут:

- правовое регулирование сестринской практики (перенос

тяжестей и продолжительность рабочего дня);

- безопасность пациента равноценна качеству сестринского ухода;
- распространение ВИЧ/СПИД и психических заболеваний;
- сестринское образование;
- новые технологии в обучении и оказании ухода (дистанционно);
- стратегии привлечения молодежи (СМИ и зарплата).

Помимо этого, ВОЗ рекомендует всем странам обеспечить повышение финансирования подготовки и трудоустройства сестринского персонала. Для восполнения дефицита кадров странам необходимо обучать в год на 8% МС больше, чем сейчас [25].

Справочно. В связи с потребностью отрасли здравоохранения Республики Беларусь объем целевого набора в медицинские колледжи на 2019/2020 уч. год увеличен с 47 до 56% [11, 34].

- укрепить потенциал в области сбора, анализа и использования данных об этой категории трудовых ресурсов здравоохранения [35, 36].

Справочно. Укомплектованность сестринскими работниками составила в 2019 г. 97,5%. Обеспеченность МС и Пвр – 1240 на 100 тыс. населения. Соотношение численности врач: МС составляет 1:2,34 [34];

- обеспечить мониторинг трудовой мобильности и миграции сестринского персонала и принимать соответствующие меры в ответственном и этическом ключе [21-24,26,29,37-39];
- обеспечить наделение сестринского персонала научно-техническими и социологическими знаниями, необходимыми им для того, чтобы стать движущей силой прогресса в сфере ПМП [11, 34, 36];
- учредить руководящие должности в области сестринского дела, включая должность главного специалиста в области сестринского дела на уровне правительства страны, реализовывать программы воспитания молодых лидеров среди сестринских работников [14, 32, 36];
- обеспечить сестринским работникам системы ПМП возможность в полной мере реализовывать свой потенциал в области профилактики и лечения ХНИЗ [5, 6,14,18, 29, 37-39];

• улучшить условия труда, в том числе посредством повышения кадрового состава работающих, обеспечения справедливой оплаты труда, соблюдения прав медицинских работников, связанных с охраной и гигиеной труда [35], разработки информационной системы [40-42];

• обеспечить учет гендерных аспектов при разработке и осуществлении мер политики по развитию сестринских кадров [14];

• модернизировать профессиональные стандарты и нормативные положения, регламентирующие сестринское дело, посредством гармонизации стандартов в области обучения и практической деятельности и использования систем взаимного признания странами образования и квалификации сестринского персонала [13,14,17,19,20, 36], а также медицинской реабилитации [43];

• укрепить роль сестринских работников в трудовых коллективах за счет привлечения представителей МС к обсуждению мер политики и кадровому планированию с представителями различных секторов государственной политики (здравоохранения, образования, иммиграции, финансов и занятости).

Взаимодействие с международными организациями по решению проблем сестринского дела

• 1977 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла важные резолюции «Здоровье для всех к 2000 году» и признала важность сестринских и акушерских работников в оказании ПМП.

• 1978 г. Алма-Ата (СССР) – итоги которой обсуждены через 40 лет [3].

• 1988 г. в Вене (Австрия) – Первая европейская конференция по сестринскому делу, отделом сестринского дела и акушерства Регионального бюро ВОЗ начато изучение современного состояния сестринской помощи.

• 1998 г. на 48-й сессии Всемирная ассамблея здравоохранения принимает Глобальную стратегию здоровья для всех к 2000 г. со стратегическим документом «Здоровье–XXI: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» [34].

• 2000 г. в Мюнхене (Германия) – Вторая европейская конференция рассмотрела уникальный вклад МС и акушерок в здра-

воохранение и медицинское обслуживание населения Европы, указала на необходимость осознания роли сестринских работников в ПМП [10,17].

- 2020 г. Копенгаген (Дания) – доклад ВОЗ «Состояние сестринского дела 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров».

Анализ ВОЗ о состоянии сестринского дела в мире свидетельствует о необходимости вложения средств в образование МС, рабочие места для них и воспитание лидеров через изменение образовательных программ для Пвр, МС, акушерок, а также расширение роли общественных организаций (БелООМС, ФПБ, БОКК и др.).

Резюме. Сестринская деятельность становится ключевым компонентом качества медицинской помощи и ухода, особо заметной в период пандемии COVID-19.

Функции и организационные формы деятельности МС и Пвр меняются в соответствии с улучшением материально-технического и информационного обеспечения:

- особой формой деятельности Пвр и МС в рамках развития института ВОП становится команда [2,13,14,30];
- гигиеническое обучение и воспитание населения более активно должно осуществляться не только ВОП, но и его компетентными помощниками МС и Пвр [5,12-14,18,19, 21];
- реструктуризация медицинских учреждений с оптимизацией сроков пребывания в больничной организации обусловливает появление новых форм замещающей работы [17,18, 20, 21];
- расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса [29, 31, 32, 34];
- оптимизация этапов преемственности в больницах сестринского ухода или медико-социальных отделениях БО с применением сестринского процесса [37];
- развитие системы хосписов для оказания паллиативной помощи умирающим пациентам, базирующейся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества [22, 24, 38].

Следствием исправления недооценки обществом вклада МС в оказание медицинской помощи и уход стали документы, одобренные Европейским региональным комитетом ВОЗ (2015):

«Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей «Здоровье-2020» и «Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики», а также доклад ВОЗ (2020) «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» [13,14, 30, 32; эл. рес.6, 7, 10,12].

За период с 1988 по 2020 г. ВОЗ, международные организации, а также БелООМС способствовали последовательному продвижению системы здравоохранения Республики Беларусь к пониманию новой роли, места и важного вклада средних медицинских работников в меняющейся системе оказания помощи населению.

Литература

1. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX-XX веках: монография /Е.М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ,2003. – 269 с.

2. Матвейчик, Т.В. Теория сестринского дела: учеб пособие /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2016. – 366с.

3. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2018. – 79 с.

4. Первичная медико-санитарная помощь – 40 лет Алма-Атинской декларации/ Информационный бюллетень – октябрь 2018 г.
http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/163.html2

5. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – Минск: РИПО, 2011. – 276 с.

6. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства : учеб.-метод. пособие [Электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2012. – 160 с. – Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf. – Дата доступа: 01.03.2017.

7. Информационный бюллетень с сайта Всемирной организации здравоохранения: https://www.who.int/ru/news-room/fact-

sheets/detail/primary-health-care

8. Анализ медико-демографических показателей: учеб.-метод. пособие / М.В. Щавелева [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2015. – 33 с.

9. Обеспечение сотрудничества между службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2018. – 48 с.

10. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/. – Дата доступа: 22.10.2015.

11. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2018 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2018. – 300 с.

12. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/plf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf. по состоянию на 29 марта 2013 г.).

13. Матвейчик, Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография / Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2018. – 171 с.

14. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.

15. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь 18 июня 1993 г. № 2435-XII (в ред. Закона Республики Беларусь от 21.10.2016 № 164-З) // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992-2019.

16. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы»: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 г. № 200.

17. Матвейчик, Т.В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.

18. Матвейчик, Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск: БелМАПО, 2016. – 244 с.

19. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: монография / И.А. Бондаренко [и др.]; под ред. И.А. Бондаренко О.А. Подкопаева. – Самара: Поволжская научная корпорация, 2018. – 316 с.

20. Научные исследования в сфере социально-экономических и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и конвергенция знаний: монография / И.В. Абакумова [и др.]; под ред. Р.М. Байгулова, О.А. Подкопаева. – Самара: Офорт, 2016. – 439 с.

21. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие для студентов / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 295 с.

22. Матвейчик, Т.В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2019. – 120 с.

23. Матвейчик, Т.В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.А. Шишко. – Минск: Ковчег, 2019. – 312 с.

24. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины : учеб.-метод. пособие для организаторов обществ. здоровья и сестр. дела / Т.В. Матвейчик, В.И. Петров. А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2011. – 237 с.

25.Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров: доклад ВОЗ. – Копенгаген, 2020. – 16 с.

26. Молодежь в зоне риска: социально-культурные основы профилактики пьянства и алкоголизма /под ред. О.А. Павловской; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т философии. – Минск: Беларуская навука, 2015. – 429 с.

27. Кралько, А.А. Медицинское право: учеб.-метод. пособие

/А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2014. – 277 с.

28. Кралько, А.А. Сборник ситуационных задач и деловых игр по основам права, медицинской этике и деонтологии /А.А. Кралько, Т.В. Матвейчик, Н.Н. Пилипцевич. – Минск: БелМАПО, 2011. – 68 с.

29. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис и др. мед.-соц. деятельность: учеб. пособие для слушателей сист. последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

30. Матвейчик Т.В. Организация сестринского дела : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: Выш. шк., 2006. – 301 с.

31. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 338 с.

32. Матвейчик, Т.В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2020. – 203 с.

33. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016 [Текст] /Всемирная организация здравоохранения; сост. И.И. Новик [и др.]. – Минск, 2017. – 248 с.

34. Южик, С.Ф. О работе специалистов со средним специальным медицинским образованием в 2019 году и задачах на 2020 год / С.Ф. Южик // Мир медицины. – 2020. – № 3(245). – С.3-10.

35. Кралько, А.А. Медицинское право: учеб.-метод. пособие: в 3 т. / А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2019. –Т.I. – 154 с.; Т.II – 150 с.

36. Матвейчик, Т.В. Анализ новых подходов к системе обучения главных медицинских сестер /Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2015. – 78 с.

37. Матвейчик, Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре (для руководителей больниц сестринского ухода): монография /Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук. – Минск, 2009. – 216 с.

38. Матвейчик, Т.В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик,

Ю.В. Вискуб, С.М. Русак. – Минск: Ковчег, 2018. – 288 с.

39. Матвейчик, Т.В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, И.К. Билолид, А.А. Романовский. – Минск: Ковчег, 2010. – 132 с.

40. О концепции информационной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Совета Безопасности Респ. Беларусь от 18 марта 2019 г. №1 // Консультант Плюс. Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс]/ООО «ЮрСпектр». – Минск,1992-2020.

41. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20.03.2018 г. № 244 // Консультант Плюс Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс]/ООО «ЮрСпектр». – Минск,1992-2020.

42. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 10 дек. 2014 г. № 1300 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

43. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации: монография /Э.А. Вальчук. – Минск: МЕТ, 2010. – 320 с.

Глава 2. Сестринское образование в Беларуси от Великого княжества Литовского до Флоренс Найтингейл

Пониманию внутренней связи предметов и явлений в медицине помогают разносторонние знания и опыт исследований. Знаменитый Г. Селье считал: «Исследовать в медицине – это видеть то, что видят все, но думать так, как не думает никто».

Такую способность специалиста для управления, обучения и исследований в сестринском деле закрепили как необходимую в Конвенции «О сестринском персонале» на симпозиуме ВОЗ 1977 г. (Гаага), в которой признается необходимость высшего сестринского образования. Совершенствование механизма непрерывного образования МС в Республике Беларусь и развития сестринского дела как составной части общественного здравоохранения на научной основе продолжается. В основе совершенствования обучения МС лежат сохранившие актуальность до нашего времени слова Ф. Найтингейл: «Готовить сестер – значит научить их помогать больному жить», в чем несомненную пользу несет исторический опыт становления и развития профессии на протяжении веков [1-5].

Время становления профессии МС и ее образования охватывает период с III в. по настоящее время, условно разделяемое историей на этапы предоставления медицинской помощи населению:

I этап – народный (III-VI вв.)

II этап – цеховой, плавно перешедший в религиозный (VII – первая половина XVIII в.)

III этап – светский (вторая половина XVIII в.)

I этап – **народный.** С возникновением человеческого общества и потребности людей в лечении болезней возникает сестринская помощь в форме предмедицины. Это совокупность приемов само- и взаимопомощи у животных и предшественников людей. Первыми представителями медицинских профессий на территории Восточной Европы были шаманы, волхвы. Однако по мере развития человеческого сообщества возникающее разделение его по возрасту и потребностям на помощь детям и матерям, престарелым членам, старцам, больным людям, а также умирающим, позволило выделить социальную помощь, преобра-

зовавшуюся в социальные институты в первобытном обществе. Их образами стала женщина-мать, женщина-сестра («берегиня» – «каменные бабы»), сохранившиеся до настоящего времени на территориях северных народов Восточной Европы [1, 8]. Имена врачевательниц древности: Берегини, Агамеды, Казы, Медеи, Полидамны – легли в основу опыта врачевания позднее, основываясь на идее медицинской помощи матери Терезы: «Дать опору страждущим может только любовь, которая как молитва. Молитва в действии – это любовь, а любовь в действии – это мир».

В первые два века христианства не было специальной женской организации, занимавшейся благотворительностью. Первое упоминание о диакониссе (служительнице) (см. глоссарий) отмечено в послании апостола Павла к Римлянам (около 58 г.): «Представляю вам Фиву, сестру вашу, диаконису церкви Кенхрейской. Примите ее для Господа… помогите ей, в чем она будет иметь нужду у вас, ибо и она была помощницею многим и мне самому» (Рим. 16: 1-2). Известны имена других посвященных женщин в IV-VI столетиях: Софии, Мариам, Деворы, Олдамы, Олимпиады, Анны. Это были девы или вдовы, лишь раз бывшие замужем, не моложе 40 лет, становящиеся связующим звеном между священниками и членами общин – женщинами [2].

Упразднение чина диаконис началось с V-VI вв. в Италии, Франции, завершилось к XII в.

Идея создания женской общины как промежуточного положения между миром людей и монастырем возникла в Бельгии (Льеж, 1184) у священника Ламберта Ле Бега. Название «бег» (от франц.) означает «косноязычный», «беггам» (от нем.) – нищенствовать, молиться – новая организация бегинок, которые устраивали общежития, в их состав входили богатые и менее состоятельные женщины. Кто-то из них искал пропитания трудом или милостыней. Запрещены в 1215-1311 гг.

Следующим был этап «Братства милосердия для ухода и духовной помощи бедным больным», организованный Винсентом де Полем, духовником Маргариты Валуа, священник каторжников на галерах. Участники общества занимались приготовлением пищи больным в зависимости от физического состояния, лечили, ухаживали за бедными. День рождения первой общины милосердия – 1633 г., с 1638 г. в новую организацию за 20 лет приня-

то 300 детей сирот (подкидышей). Официально «Приют для подкидышей» утвержден в 1670 г. Людовиком XIV, что стало началом систематического ухода за детьми во Франции. Интернаты и дома ребенка в Европе появятся только с началом XX в.

До настоящего времени дошли имена врачевателей I-XIX вв. Апостол Андрей Первозванный (I в.), Св. Пантелеймон Целитель (III в.), Параскева Пятница (III в.), Вмч. Артемий Антиохийский (IV в.), Вмч. Варвара (IV в.), преп. Афанасий Афонский (X в.), преп. Евфросиния Полоцкая (XII в.), Сергий Радонежский (XV в.), Александр Свирский (XV в.), преп. Серафим Саровский (XVIII в.), Св. Тихон Задонский (1724-1783), Блаж. Матрона Московская (1885-1952), Св. Лука (Войно-Ясенецкий (1877-1961) – эти имена и многих других лиц, чудесно и безвозмездно врачующих физические и душевные болезни взрослых и детей, остались в народной, научной медицинской и исторической памяти [8-16].

II этап – **цеховой,** развившийся с возникновением христианства. Пищу для анализа обучения медицинской профессии дает изучение исторического опыта в Европе. ВКЛ, существовавшее в XV-XVI вв. на территории Беларуси, Литвы, Украины, России, Латвии, Польши и Молдовы до 1795 г., развивалось благодаря знаменитым государственным деятелям, военным и дипломатам того периода времени [3-5,15-18].

Идеи сестринского образования в Беларуси в XIII-XVIII вв. следует искать, начиная с периода ВКЛ. Это средневековое государство существовало с середины XIII в. (1240-е гг.) на территории Беларуси, Литвы, Украины, России, Латвии, Польши и Молдовы до 1795 г. Одним из известных личностей того периода времени был Лев Иванович Сапега, происходивший из могущественного княжеского рода, второго по знатности после Радзивиллов. Особенностями этого просвещенного организатора была стремительная карьера: от писаря в Речи Посполитой в 1581 г. до секретаря при дворе Стефана Батория, от подканцлера в ВКЛ – до канцлера княжества в 1629 г.

Л.И. Сапега, будучи высокообразованным и богатым магнатом, стал редактором первой европейской Конституции (третий Статут ВКЛ) в 1588 г., был хранителем истории, основателем архивного дела, систематизатором огромной библиотеки, созда-

телем школ при храмах. Средневековое государство хранило ряд особенностей, важных для идей сестринского образования в настоящее время [3,17].

Региональные особенности медицины периода ВКЛ – средневекового государства

➢ **Имели место эпидемии (холеры, сыпного тифа) и проводились противоэпидемические мероприятия**

В XVI в. в Вильно предложена специальная инструкция по поведению во время эпидемии. Создается контуберния, санитарное товарищество, которое осуществляло полицейский надзор для «уменьшения последствий мора». В 1621 г. в Могилеве введена должность городового врача, производятся мероприятия по благоустройству городов, мостят улицы цеха брукаров; каты – палачи убирали города, нечистоты и т.п. Использовались приемы народной дезинфекции – окуривание помещений, вымораживание. В последующем стали распространяться и другие виды безвозмездной медицинской помощи преимущественно женщин для здоровья населения (оспопрививание, работа в очагах инфекций).

Уроженец Беларуси, путешественник и дипломат Я. Рейтенфельс, знавший Симеона Полоцкого, мог сравнивать санитарное состояние в Беларуси и в России, писал в XVII в. о Москве: «Улицы мощены не камнем, а деревянными бревнами, которые постоянно плавают в грязи либо покрыты слоем пыли». Для слива нечистот в просвещенной Европе использовали канавки на улицах со зловонными ручьями помоев, через них пробирались даже на ходулях, нормой считалось справлять естественную нужду на ступенях дворцов и замков. Цена подобного отношения к гигиене известна: в XIV в. от чумы Франция потеряла треть населения, Италия и Англия – до половины. Личная гигиена еще не принята в европейском обществе: королева Испании Изабелла Кастильская в конце XV в. признавалась, что за всю жизнь по-настоящему мылась лишь дважды. Дочери французских королей могли умирать от вшивости, король Филипп II – от чесотки. Послы при дворе Людовика XIV рассказывали потом: их величество «смердит, аки дикий зверь», несмотря на растирания спиртовыми лосьонами из роз или лаванды.

История свидетельствовала, что до XIX в. к западу от бело-

русских земель царила антисанитария. На этом фоне средневековое ВКЛ было санитарно-гигиеническим образцом для Запада и Востока. Примером сохранившегося устройства канализации в Минске служит Лошицкая усадьба, минская жемчужина XVI в., в которой при реставрации среди инженерных чудес обнаружена совершенная система канализации. Внутри находился большой канализационный стояк, спускавшийся в подвал, а затем выходил на улицу, создавая как бы выгребной колодец. Хозяева усадьбы купались в шикарной ванне, вода здесь до сих пор не протекает, а секрет герметичности не разгадан.

Остроумные системы канализации и водопровода работают в каменном замке первой половины XVII в. Сапег в Гольшанах. На фоне ситуации в королевских дворцах Парижа – факт, говорящий о многом. Однако подобные очаги гигиены были единичными, к концу XIX в. канализация имелась в 13 городах современной Беларуси. Остальные обходились выгребными ямами во дворах, нечистоты вывозили рабочие, (золотари), которые, зачастую не закрывая кадки крышкой, расплескивая их содержимое на дорогах. Результатом подобного стала эпидемия холеры в 1840 г. в 100-тысячном Гомеле, в 1848 г. – в Добруше, в 1892 г. новая холерная эпидемия достигает современных Могилевщины и Гомельщины. Особую роль в спасении наших предков от холеры история отводит минскому губернатору Валерию Чарыкову, возглавлявшему столицу Беларуси в 1875-1879 гг., при котором народ стал мыться во множестве построенных им бань, особенно на селе. Первый гражданский губернатор г. Минска Захарий Корнеев в 1805 г. предложил форму организации общественного труда, именуемого субботниками. При нем был организован первый публичный городской сад, ныне Центральный детский парк им. А.М. Горького. Старожилы середины XIX в. в интервью для главной губернской газеты вспомнили, как высокий сановник после трудовых будней вечерами, сменяя чиновничий мундир на простую одежду поденщика, копал мотыгой в саду с другими чиновниками. Со временем это изменилось, незадолго до прихода советской власти городской полицмейстер Адриан Лебеда писал: «Весна идет, а, по моим наблюдениям, на очистку улиц выходят только дети, женщины и немощные старики».

- **Шпитали** (госпитали) – форма и место оказания медицин-

ской помощи, в них имелись особые требования к работавшим там лицам. В 1495 г. в Бресте открыт первый госпиталь (шпиталь), в 1550 г. – в Гродно. Шпитали – дома, рассчитанные на объем помощи от 5 до 60 коек, существовали до XIX в. Их открывали монастыри, например, орден св. Роха. Открывают мануфактуры, обучают в магистратуре; появляются магистры (см. глоссарий) и цеха цирюльников. Впоследствии, в Речи Посполитой, обучение осуществлялось в цехах как своеобразных школах цирюльников. В процессе многолетней учебы обучающиеся проходили несколько разрядов обучения: ученика (хлопца), полутоварища, подмастерья (товарища), мастера (цирюльника). На определенном этапе учебы будущие цирюльники проходили практическую стажировку в путешествии, так называемой «вандровке». Для того, чтобы стать мастером, ученику необходимо было научиться распознавать часто встречающиеся болезни, освоить различные манипуляции, лечить раны, переломы, вывихи, делать кровопускания, ставить банки, вводить слабительные средства, лечить внутренние болезни, сифилис, правильно пользоваться инструментами, накладывать пластыри, готовить и применять мази, кровоостанавливающие и средства против ожогов, кроме того, знать «любую часть человеческого тела от макушки до стопы». Для приобретения искусства цирюльника не требовалось общеобразовательной подготовки. У одного мастера могли одновременно учиться два хлопца и один подмастерье (товарищ). После трех-пятилетнего обучения хлопец переводился в разряд товарищей. Товарищ, в свою очередь, после нескольких лет обучения, включая «вандровку» по другим городам, подвергался специальному экзамену, на котором он должен был продемонстрировать свои знания и «показать пробные штуки». После сдачи экзамена подмастерье получал звание мастера [3,18].

Отражая сословно-классовые отношения своего времени, цеховые заправилы требовали, чтобы будущий мастер представил документы, свидетельствующие о законном рождении и о происхождении от «почтенных» родителей. По тем же сословно-цеховым мотивам в цехи цирюльников ограничивался доступ новых лиц.

Шпитали и цеха цирюльников вначале выполняли социаль-

ные функции: приют, уход, питание, затем медицинские функции. Работали монахи, нанятые приходящие медики, МС милосердия. Первая община МС милосердия была образована в Щучине в 1754 г., а в 1763 г. в Семятичах была открыта первая частная акушерская школа. Орден бонифратров (добрых братьев) организовал хорошо оборудованный шпиталь, ставший в XVIII в. базой для Гродненской медицинской академии, просуществовавшей с 1776-1781 гг. как первое высшее учебное медицинское заведение. Основатель академии – Жан Эммануил Жильбер, приглашенный в 1774 г. в Гродно профессор анатомии, хирургии и истории естествознания Лионского медицинского колледжа. В академии преподавало 5 преподавателей, в том числе акушерка. Академия имела 3 отделения: для подготовки городских врачей, хирургическое, повивальное. Образование носило клинический, практический характер. Первый выпуск (16 человек) – это первые лекари Беларуси. В академии был анатомический театр, музей, библиотека, музей естественной истории. Слушатели собирали гербарии, минералы, работали в Ботаническом саду при академии, аптеке, шпитале, вели истории болезни, дежурили, проводили анатомические вскрытия. В 1781 г. академия переведена в Вильно (год основания медицинского факультета) [3,19, 20].

Кроме медицинской академии Ж-Э. Жильбер способствовал развитию повивального дела, основал в Гродно акушерскую школу, в которой обучалось по 5 воспитанниц «способных к акушерскому искусству». Школа просуществовала до 1780 г. и выпустила несколько ученых акушерок, часть из них была привлечена впоследствии к организации акушерской школы при Виленском университете. Повивальные бабки подготавливались также в повивальном институте, основанном крупной землевладелицей княгиней А. Яблонской в местечке Семятичи в 1783 г. В этом институте занятия проходили 3-4 месяца, делалось по два набора в год. Среди обучавшихся лиц были девушки из белорусских земель, многие выпускницы позже работали на западнобелорусских землях. В Минске с 1904 по 1910 г. работала 10-месячная школа повивальных бабок при родильном приюте Минского отделения Российского общества защиты женщин. С 1906 по 1913 г. в Витебске была открыта и работала первая част-

ная фельдшерско-акушерская школа врача В.В. Счесновича [19].

Обеспеченность врачами была низкой. Например, в 1917 г. в Слуцком уезде, объединяющем Копыльский, Клецкий, Слуцкий, большую часть Несвижского, Старобинского, Любанского, Ганцевичского и Ляховичского районов, работало 7 врачей, 6 акушерок, 11 фельдшеров. Врач приходился на 7600 жителей, больничная койка – на 1070 жителей [22].

➢ **Аптеки.** Первое упоминание об аптеке встречается у Гиппократа (460-377 гг. до н.э.) как о месте для хранения лекарственных средств. В Европе в XI в. первые аптеки появились при монастырях, там монахи готовили лекарства и бесплатно отпускали их нуждающимся. Разграничение функций врача и аптекаря произошло в 1224 г. в Италии. В средние века Магдебургское право давало городам привилей на продажу «зелак» (лекарственных трав). Город Менск получил право на самоуправление в 1499 г. Конкретных данных о минских аптеках XVI в. нет, существуют косвенные сведения, что они существовали. Так, король Владислав IV в указе менскому цеху цирюльников запрещал «евреям-аптекарям» лечить людей, но позже (XVII-XVIII вв.) они получили право не только «продавать коренья» (лекарства), но и заниматься «цирюльничеством» (лечением). Первая аптека в Беларуси была открыта в Пинске в 1561 г. Сначала лекарственную помощь оказывали странствующие лекари, затем стационарные учреждения. Лекарь и аптекарь в то время – одно лицо, выгодное ремесло. Аптеки соответствуют по уровню европейским аптекам (мебель, литература, посуда, помещения). В 1642 г. первая аптека была открыта в Гродно. Данные об открытии первой аптеки Криштофа Рабца в Менске относятся к 1659 г. Известно, что он имел ряд привилеев, например, в период войны ВКЛ с Московским государством К. Рабец был освобожден от постоев, прокормов и ночлегов как человек «потребный для поратованья людского здоровья» [3, 6, 25].

➢ **Начало правовой регламентации медицины.** В 1588 г. Статут ВКЛ явился первой регламентацией медицинской деятельности с юридической точки зрения. В настоящее время существует значительного объема и содержания нормативная правовая база по разнообразным разделам медицины, обеспеченная деятельностью Министерства здравоохранения Республики Бе-

ларусь и сотрудничеством с международными организациями.

➢ **Цеха цирюльников**. Время их создания: 1629 г. – Брест, 1649 г. – Гродно. Они имели устав, эмблему, печать, соблюдалась иерархия: мастера-подмастерья – ученики, выполнявшие простые и сложные хирургические манипуляции соответственно квалификации. На территории Беларуси в XVI-XVII в. цирюльники-хирурги пускали кровь, вырывали зубы, производили различные хирургические манипуляции, брадобреи стригли, брили волосы, лазебники (банщики) содержали бани, им разрешалось ставить банки, прикладывать пластыри, заниматься массажем, они были продолжателями наиболее древних традиций врачевания.

➢ **Появление первых рукописных медицинских книг** – травников, лечебников, вертоградов стало важной ступенью передачи знаний о природе и человеке. Позже в ВКЛ появились переводные привозные и печатные издания. Значительная роль в их появлении отводится нашему соотечественнику Ф. Скорине (1490-1551), доктору медицины, который в 1504-1506 гг. получил университетское образование, в 1512 г. выдержал экзамен в Падуе и получил титул доктора медицины со знаками права лечить и учить в виде тоги, шапки, перстня. В 1517 г. в Праге на старославянском языке он издал Библию. Знаменитый белорусский просветитель Ф. Скорина печатал книги на языке народа и писал комментарии к ним, считая книгу духовным лекарством [3].

Белорусские ученые XVII-XIX вв.

Развитию лучшего качества медицинской помощи населению в Беларуси способствовало появление особого класса ученых медиков. Вместе с лекарями-ремесленниками на территории Беларуси появляются врачи с высшим медицинским образованием, среди которых были доктора медицины. Первым доподлинно известным уроженцем Беларуси, получившим высшее университетское медицинское образование, считается Франциск, сын «Луки Скарины из Полоцка, русина (белоруса)».

В издаваемых книгах Ф. Скорина неоднократно называл себя «в лекарских науках доктор», «в навуках вызваленых и в лекарстве доктор», «в науках и в лекарстве учитель», «ученый муж». Во время пребывания в Вильно (после 1520 г.) Ф. Скорина, наряду с выполнением других обязанностей, занимал должность секретаря и домашнего врача виленского епископа, был ботани-

ком Пражского ботанического сада, участником ликвидации эпидемии в Кенигсберге. Медицинской практикой он занимался до 1512 г. В 1530 г. прусский герцог Альбрехт, прослышав о «похвальной учености» и «необыкновенных знаниях» Ф. Скорины, пригласил его на работу. Число врачей, работавших на белорусских землях, постоянно увеличивалось, не только в городах, но и в селах, хотя в городах врачей было значительно больше.

В 1569 г. состоялась Люблинская уния, по которой ВКЛ и Польское королевство были объединены в одно государство – Речь Посполитую. Ведущую роль в политической и экономической жизни страны начали играть польские феодалы, король и высшая католическая власть церкви. При этом экономическое и национальное угнетение белорусского народа дополнялось религиозным угнетением со стороны католической церкви. В первой половине XVI в. в целях борьбы с феодалами и католицизмом, усиливавшим наступление, в городах были созданы братства. Их хозяева, наряду с различными мастерскими и лавками, содержали шпитали, школы, странно-приемные дома, выдавали пособия больным и др.

В 1579 г. привилеем короля Речи Посполитой Стефана Батория иезуитский коллегиум в Вильне был преобразован в академию (университет), первым ректором которого стал известный иезуит Петр Скарга, введший обучение на двух факультетах (философском и богословском), а позже еще на правовом и медицинском. Для осуществления обучения необходимы источники – медицинские книги, занявшие важнейшее место в медицинском просвещении того времени.

На территории Беларуси сложились более благоприятные, чем раньше, условия для обобщения приобретенного лекарями опыта. Широкий круг возникавших проблем здоровья и болезни, жизни и смерти, лечения и предупреждения болезней, проведения гигиенических мероприятий и создавшиеся медико-биологические воззрения отражались и излагались в летописной, мемуарной, церковно-полемической, медицинской и другой литературе, которая до XVI в. вся была рукописной, в каждом феодальном центре велась собственная летопись.

В летописях того времени описаны болезни отдельных лиц и «моровые поветрия», встречаются рассказы о лечении болезней

и о других медицинских мероприятиях. Медицинское просвещение в XIV-XVI вв. отражено в Академическом и Виленском списках Первого летописного свода. Например, о лечении ранений пишется в «Хроніцы Вялікага княства Літоўскага і Жамойцкага», много описаний социальных потрясений, сопровождавшихся голодом, морами. В «Баркалабаўскім летапісу», который создавался в переломное время в судьбе белорусского народа конца XVI - начале XVII в., отражены многие достоверные события, оказавшие влияние на здоровье людей. В «Дневнике Новгородского подсудка Федора Евлашевского» (конец XVI в.) довольно точно описаны признаки психической болезни с галлюцинациями, упоминаются фамилии некоторых врачей (например, доктора Сепреза), рассказывается о массовых болезнях и смертях, об отдельных заболеваниях («фебра», «обморожения», «хромота», «ранения», «хворобы сердца» и др.), о лекарственных средствах.

В бывшем ВКЛ только за столетие, с 1525 по 1625 г., было напечатано 698 книг, в том числе 5 медицинских. В произведениях крупных белорусских просветителей Симона Будного (XVI в.), Лаврентия Зизания (Тустановского) (XVI в.), Симеона Полоцкого (XVII в.) и других были высказаны идеи о познании природы человека, а также передовые по тому времени взгляды на физическое и духовное строение человека, использовались новейшие воззрения на физиологические процессы. Симон Будный связывал возможность зачатия с попаданием мужского семени в матку, а развитие беременности – с наличием у женщин месячных. Он также принял участие в создании белорусской медицинской терминологии.

Большая заслуга в развитии белорусской медицинской терминологии принадлежит Лаврентию Зизанию. В своем «Лексисе» он, в частности, переводил: «Недуг – хвороба; недугованье – хворованье; недужный – хворый, хоруючий; целю – лечу, уздоровляю; целитель – лекарь; целение лечение, уздоровление». Или: «Врачба – целение; врачебница – дом, где лечат и тыж аптека; врачевание – лекарство, лечение; врачевство – лекарство, докторство; врачую – лечу». Этот просветитель вводит в «Лексис» немало слов, имеющих отношение к медицине». В «Лексисе» также широко представлены термины для обозначения зоо-

логических и ботанических объектов. При создании своей терминологии Лаврентий Зизаний использовал «Книгу о животных» Аристотеля и другие произведения древних ученых. Симеон Полоцкий в своих произведениях много внимания уделял медико-биологическим проблемам и вопросам врачевания, несмотря на свою принадлежность к церкви, он высказал ряд передовых для своего времени мыслей.

Симеон Полоцкий усвоил учение о влагах организма античных ученых-медиков и был их последователем. Он был убежден в воскресении мертвых, и в то же время считал, что воскресает не дух, а человек во всей своей плоти, наполненный «влагами преизрядными». Он высказывал непоследовательно материалистические взгляды на зачатие человеческого организма: «Зачинается дитя из семени, сгустевает и воображается через 40 дней мальчик, через 80 дней девочка, а потом уже Богом одушевляется». Симеон Полоцкий внимательно изучал приемы и средства лечения болезней, используемые народом, и подчеркивал, что лечение может быть успешным рациональными средствами народной медицины. В стихотворениях он воспевал труд народных лекарей [14]. Медицина толкуется им, прежде всего, как наука предупредительная, а затем уж как лечебная.

В XV-XVI вв. на территории Беларуси были популярны такие переводные сочинения, как «Аристотелевы врата», или «Тайная тайных», «Лапидариус», или «Просветитель», «Логика», «Загадки царя Давида». В апреле 1792 г. в Гродно начал выходить «Pismo tygodniowe medyczne» («Еженедельный медицинский журнал»), в Санкт-Петербурге первый медицинский журнал начал издаваться в ноябре 1792 г.

Просветитель XVII в., выходец из-под Пинска Епифаний Славенецкий, получивший образование в Киево-Могилянской академии и за границей, работал в Москве, внеся вклад в развитие педиатрии. Он являлся одним из первых переводчиков с латинского языка на русский разговорный язык книги Везалия «О строении человеческого тела» (1657-658), стал автором книги «Гражданство обычаев детских» (60-е гг. XVI в.), в которой, наряду с воспитательно-дидактическими задачами, решал вопросы диететики, укрепления здоровья, лечебной помощи детям. Настаивал на необходимости сочетания умственного и нрав-

ственного воспитания детей в сочетании с опытом книжного учения. По утверждению Е.Н. Медынского и Н.А. Богоявленского, этот труд Е. Славенецкого представлял тщательно переработанную латинскую книгу «Precepta movum» выдающегося чешского ученого и педагога Яна Коменского. Вместе с тем Е. Славенецкий внес в нее много нового из собственного опыта, поэтому книга получилась в значительной степени оригинальной.

В разделе диететики Е. Славенецкий рекомендовал не пресыщаться: «Известно есть, яко дети излишнего ядения и спания употребляти будут, тупаго смысла бывают, и того ради нескорое внятие дел происходит» [7]. Особое внимание он уделял гигиенической обстановке принятия пищи и пропагандировал спартанские условия жизни: пользоваться жесткой постелью, избегать нежности, носить легкую одежду.

Главу книги Е. Славенецкий посвятил физическому воспитанию детей методами, которые способствуют умственному развитию ребенка и укрепляют тело, особенно гигиене тела. Он отметил, что необходима взаимосвязь умственного и физического воспитания. Вместе с тем он отрицал пользу купания в открытых естественных водоемах, одобрял наказание розгами. Свои рекомендации он в основном адресовал воспитателям мальчиков состоятельных родителей.

Продолжением развития цехового этапа стало оказание помощи отдельным группам населения внутри специальных учреждений, вызванное религиозными воззрениями того времени. До XII в. существовал орден «госпитальные братья и сестры». В XV-XVI вв. на территории Беларуси были созданы ордена Св. Роха, Св. Духа – первые шпитали. В XVII-XIX вв. в Беларуси существовали женские монастыри и самостоятельные общины МС милосердия. Госпитали и больницы открывались в Щучине (1759), Освее (1759), Минске, Гродно. Религиозные гуманистические идеи, исходившие из трудов и практики знаменитых врачевателей, применялись в повседневной деятельности МС (Пумислав Медвецкий, Андрей Ананий из Пинска и др.). Наиболее почитаемо и известно имя Евфросинии Полоцкой [8].

Жизнь Предиславы (Евфросинии) – как духовное восхождение до прп. Евфросинии Полоцкой (1110-1173) (по-гречески – радость) известно далеко за пределами Беларуси. Церкви, орга-

низованные ею и ее сестрами, привлекая множество иноков и инокинь, распространяли Христову веру и книжное учение по всей Полоцкой земле. В 1161 г. усердием преподобной был воздвигнут каменный храм во Имя Спасителя, сохранившийся до настоящего времени, в который преподобная Евфросиния пожертвовала напрестольный крест, украшенный золотом, с частицами мощей многих святых, а также с частью Животворящего Креста Христова. Созданный мастером Лазарем Богшей в 1161 г., драгоценный Крест имеет трагическую историю, был утерян в самом начале Великой Отечественной войны, следы его до сих пор не найдены. В настоящее время точная копия хранится в храме. Чудеса исцеления, которые связывают со святой Евфросинией, происходят и сегодня, их летопись ведется в Спасо-Евфросиниевском монастыре.

Просветительную деятельность и труды по устроению трех монастырей святая Евфросиния совмещала с заботой об умиротворении соседей, предотвращая ссоры и распри между князьями, боярами и простыми людьми. Всем желавшим жить благочестиво преподобная давала духовные советы в соответствии с предписаниями Святой Церкви. Зная силу ее молитвы, многие приходили к ней за духовной помощью и обретали ее, трудами милосердия преподобной. Заботясь о спасении собранного ею стада божественных овец, прп. Евфросиния каждый день поучала их: старых – терпению и воздержанию, юных – душевной чистоте и телесному бесстрастию, поступанию кротку, гласу смиренну, слову благочинну, ядению и питию безмолвну, мало вещати, а множае разумети – и всем прочим подвигам монастырским [10].

Подготовка кадров врачей и медицинских сестер милосердия в конце XVII в.

Важнейшей функцией Аптекарского приказа в России было обеспечение медицинской и лекарственной помощью армии, как в мирное время, так и во время военных походов. Для подготовки лекарей во второй половине XVII в. была открыта школа. В начале 1654 г. был издан указ: «В Аптекарский приказ брать в ученье лекарство дела стрельцов и стрелецких детей и иных всяких чинов, не из служивых людей». Таким образом, при Аптекарском приказе в Кремле возникла первая военно-медицинская

школа [4, 5].

К концу XVII в. в ведении Аптекарского приказа было 4 аптекарских огорода, расположенных на территории Москвы. Только на огороде близ Каменного моста выращивалось около 25 видов сырья: мак, табак, анис, цикорий, петрушка, укроп, базилик, шалфей и др.

Во второй половине XVII в. Аптекарский приказ открыл специальную школу по подготовке отечественных медиков, в которой изучали медицинскую ботанику, фармакологию, анатомию, фармацию. Методы приготовления лекарств ученики школы осваивали в аптеках и аптекарских огородах. Среди первых русских аптекарей, принимавших активное участие в становлении русской фармации, необходимо отметить Тихона Ананьина и Василия Шилова. Сведения о памятниках русской древней медицинской письменности недостаточны. В свое время Л. Ф. Змеев сообщил, что в хранилищах им обнаружено 186 врачебных рукописных травников (зельников), лечебников и фармакопей [18, 23].

Деятельность МС милосердия на территории Беларуси уходит корнями в XYII–XIX вв. МС милосердия традиционно оказывали помощь в больницах, ухаживали за тяжелобольными пациентами на дому, работали в очагах инфекций. В начале они действовали при женских монастырях и самостоятельных общинах, а с конца XIX века – в общинах МС милосердия при местных управлениях Российского Общества Красного Креста в Витебске, Могилеве, Гродно, Минске. С 1921 г. деятельность МС милосердия проходит в рамках созданного БОКК [17,19, 21].

Военные действия послужили появлению специализации МС, они приобретали одну из специальностей: МС хирургической (перевязочной), аптекаря и хозяйки. Перевязочные МС помогали врачам при операциях и перевязках, готовили перевязочные средства. Сестры-хозяйки наблюдали за содержанием больных, чистотой белья и постели. Сестры-аптекари должны были следить за правильной раздачей лекарств и проверяли работу фельдшеров [17, 18].

Учредительное собрание Общества попечения о раненых и больных воинах состоялось в Петербурге 18 мая 1867 г., после переименования в РОКК в 1879 г. оно стало богатой и влиятель-

ной организацией, выполнявшей миссии по оказанию помощи раненым на войне, пострадавшим от природных катаклизмов внутри страны и за рубежом. Число женщин, стремившихся стать сестрами, постоянно росло, курсы по подготовке были организованы во многих больших городах для лиц, желающих присоединиться к профессии. Для будущих сестер читали лекции и проводили практические занятия под руководством хирургов и специальных кураторов, в соответствии со стандартами и программами, выработанными руководителями РОКК [19].

Труд МС высоко оплачивался, а их статус приравнивался к статусу капитана или майора Российской армии. Помимо месячного содержания, которое было выше, чем у офицеров, женщины получали дополнительные средства на переезды и пошив нескольких комплектов униформы. Кроме того, РОКК гарантировало пенсии после 25 лет выслуги и выплату пособия в случае заболевания, приобретенного при выполнении служебных обязанностей [9].

В Календаре памятных дат ЮНЕСКО 2018 г. был отмечен юбилеем (300-летием со дня рождения) Саломеи Регины Русецкой (по мужьям – Гальпировой и Пильштыновой) (1718-1763), уроженки Новогрудка. Это первая в истории Речи Посполитой женщина-врач, у которой не было диплома врача, но при этом она успешно лечила больных, а также была автором приключенческого романа «Авантюры моей жизни», просветительницей [24].

Будучи сильной и независимой, с детства получив навыки стрельбы и работы с лошадьми, девушка применила эти умения в дальнейшей жизни, когда ей придется доказывать, что у нее «не заячье сердце», и утверждать, что «хоть я и безродная дворянка, но буду своего добиваться». Имея пытливый ум и жажду знаний, Саломея не погрузилась в мир домашнего хозяйства, а сразу заинтересовалась занятиями первого мужа врача-окулиста Я. Гальпира, работавшего в Стамбуле, давшего ей первые медицинские знания и навыки работы врача. После смерти мужа С. Русецкая начала вести самостоятельную медицинскую практику при дворе султана Османской Империи. Позднее стала практиковать при российском и австрийском императорских дворах.

С.Р. Русецкая сумела стать одной из первых практикующих

женщин-врачей, «доктором медицины и окулистики», как она себя называла, систематизировала знания в области медицины и фармакологии, гигиены и физического воспитания, владела несколькими иностранными языками. Стать врачом женщине в XVIII в. было невозможно, однако трудолюбие, самообразование (перечитала множество медицинских справочников, под руководством пленного итальянца освоила премудрости выписки рецептов на латыни, выучила турецкий язык, овладела мастерством лечения глазных болезней, добилась успехов в офтальмологии) помогли ей стать врачом. Через некоторое время она совершила невероятное, перевернув мусульманский мир с ног на голову: приезжая женщина смогла получить официальное разрешение на врачебную деятельность, проявив организаторские и дипломатические качества. Занимаясь успешной врачебной деятельностью, путешествиями и благотворительностью, по сюжету своей жизни благодаря врачебному мастерству имела покровительство от трансильванского князя Йожефа Ракоци, претендента на венгерский престол, возвратившись на родину в Речь Посполитую – от князя Михаила Казимира Радзивилла (Рыбоньки), в Петербурге – от императрицы Анны Иоановны, турецкого посла Джани Алибей эфенди.

Объехав пол-Европы, пережив множество приключений, путешественница возвратилась в Стамбул, где вылечила сестру самого султана и осталась работать при его гареме, что упрочило положение Саломеи в турецком обществе: ее не считали чужеземкой и относились с большим почтением. Именно Турция стала надежным приютом для врача. На страницах своих воспоминаний С.Р. Пильштын замечает: «Всегда дома я тратила то, что в чужих краях зарабатывала». Именно в Речи Посполитой судьба бросала ее из крайности в крайность: от богатства и благополучия в бедность и болезни. Множество разочарований ей пришлось пережить на родной земле от мужей, детей, жадных чиновников, в чем сама признается: «И вот я осталась в своем сиротстве без помощи, без гроша, так мне помогла моя Отчизна, что не имела за что и поесть. Только теперь поняла я людскую дружбу, потому как те, кто у меня гостил и был приятелем, часто смеялись надо мной в моем несчастии. Только на одного Бога имела надежду». Она не жалеет о пройденном бурном жизнен-

ном пути, пишет так: «Главное, не надо опасаться дороги и дальних путешествий. Я каждому советую и от сердца желаю, чтобы турок не боялись и таких отговорок не имели, что опасная дорога, это только байки… Кого Господь Бог хочет защитить – и волос с его головы не упадет». Судьба рукописи была незавидна, два века она пылилась в Краковской библиотеке с 1760 г. После завершения рукописи Саломея отправилась в паломничество на Святую землю, где затерялись следы талантливого белорусского врача [24].

Вторая половина XVIII в. на территории Беларуси характеризовалась появлением МС милосердия, деятельность которых была обусловлена религиозными и светскими нормами. В первых общинах СМ в Щучине, Освее, Несвиже они обеспечивали лечение «убогих» больных, ведение приема в первую очередь пациентов из своего уезда или поместья, раздавали лекарства, делали кровопускания. В 1876 г. при Витебской и Полоцкой больницах были организованы краткосрочные курсы подготовки МС. В 1880-1890 гг. усилиями местных управлений РОКК общины МС милосердия они открыты в Витебске, Могилеве, Гродно [3,17].

Первый «Госпиталь милосердия» на 24 койки в г. Минске, открытый в 1811г. по инициативе ксендза Я. Дедерко, оказывал помощь в уходе за больными, для «попечения за подкидышами, сиротами и беспомощными стариками». Интересен опыт, привнесенный в дальнейшем в развитие социального милосердия, приобретенный в Первой мировой войне.

В конце XIX в. в женском Тупичевском Свято-Духовом монастыре Мстиславского уезда был открыт прообраз хосписа для оказания помощи тяжелобольным и странникам без средств на лечение. Для исторических аналогий важным является опыт Теолинского Спасо-Преображенского монастыря Августовского уезда, работа которого осуществлялась только на пожертвования благотворителей [20].

Примером подобной помощи Императорского человеколюбивого общества в 1842 г. в г. Слуцке с 14 тыс. жителей служит открытие больницы на 25 коек. При ней состоял на службе фельдшер, для того чтобы «…бесплатно оказывать медицинскую помощь бедным людям всякого звания» [21].

В начале XX в. состояние медико-санитарной помощи можно

проследить на примере Случчины. В 1910 г. в г. Слуцке имелся 1 городовой, 1 уездный врач, 2 земских врача, 1 вольнопрактикующий врач, имелось 7 зубных кабинетов, 2 аптеки и несколько незаконных аптекарских магазинов и складов на частных квартирах. На медицинскую практику существовала значительная конкуренция, хотя гонорар оплачивался недостаточно. Медицинскую помощь жители получали в амбулаторной форме, большинство лечилось дома на собственные средства. В земской больнице, функционировавшей с 9.00 до 14.00, наблюдались только тяжелые случаи, где в остальное время за больными ухаживали фельдшера и сиделки. Ночные дежурства были не предусмотрены. Для холерных и чумных больных городской управой был выделен барак с двумя палатами на 5 мужских и женских мест. Медицинский персонал барака являлся на службу по требованию городского управления. Дезинфекция жилых помещений проводилась только по требованию. При земской больнице был организован отдел для тифозных больных, проводилось оспопрививание, имелась походная бактериологическая лаборатория. Об эффективности и своевременности проводимых профилактических мероприятий свидетельствует факт, что медицинским работникам совместно с городской управой удалось предотвратить эпидемию возвратного тифа в Слуцке в 1909 г. Медико-социальная помощь была представлена в богадельне для бедных, инвалидов и хронических больных при еврейской общине. В Слуцкой тюрьме была отдельная камера на 10 больных. Своя больница имелась при духовном училище для учеников на 10 мест. Отмечалась удовлетворительное обеспечение, акушерской помощью г. Слуцка, но специальных больниц для душевнобольных не было, что создавало проблемы населению [3, 5,17, 21].

Действующая система образования и ухода постепенно трансформировалась в оказание медицинской помощи, основанной на лечении, базирующемся на достижениях медицинской науки. Научные открытия в конце XIX в. оказали влияние на медицинскую практику: методы асептики, применение антисептиков, анестетиков, рентгеновских лучей – все это внесло вклад в практику медицины. Самостоятельность и роль МС возросла до масштабов помощи врачу в применении медицинских техноло-

гий, используемая в современной практике МС БСУ [24-26].

Развитие медицины и сестринского дела в Российской империи XVIII-XIX вв.

Впервые женщин к уходу за больными стали привлекать при Петре I (1682-1725). Например, они должны были служить в воспитательных домах, созданных «...для сохранения зазорных младенцев, которых жены и девки рожают беззаконно». Однако вопрос о «призрении подкидышей» был решен только при Екатерине II, открывшей воспитательные дома в Москве и в Петербурге в 60-х годах XVIII в. Помимо Воинского устава 1716 г. Петр I определил обязанности женщин по уходу за больными «Регламентом об управлении адмиралтейства и верфи». В 1728 г., уже после его смерти, в расписание госпиталей были введены штатные единицы для женщин [4, 5, 17,18].

В «Генеральном о госпиталях регламенте» (1735) записано: «Работниц иметь в госпиталях для мытья платья и всего белья больных по болезням. Для надзирания над бельем и над работницами иметь во всяком госпитале по одной надзирательнице и по одной помощнице из старых вдов или добрых замужних жен, которые похвалу на себе носят доброго состояния. В сем параграфе помянутых работниц держать в крепком призрении, чтобы ни единая из них не могла сходства иметь и разговаривать с молодыми холостыми лекарями и учениками, також и с больными, или с караульными солдатами, или с надзирателями, и накрепко смотреть, чтобы, окромя помянутых, другие женщины (какого бы звания ни были) в госпиталь не входили» [3-5].

Начинаниям Петра I суждено было воплотиться в жизнь только во время правления Екатерины II (1762-1796 гг.). В 1763 г. в Москве была учреждена Павловская больница, в которой по штату полагалось иметь солдат-сидельников, а для женщин – баб-сидельниц из жен и вдов больничных солдат. Одну из них назначали «для осматривания у больных женщин в сокрытых местах болезней и вставления им клистиров» и называли бабкой, или клистирщицей.

Позже женский труд стали использовать и в лечебных учреждениях военного ведомства. В отчетах ревизоров, назначаемых медицинской коллегией для проверки за 1785 г., отмечено: «Для приготовления пищи, для мытья белья и содержания в чистоте

постелей имеется при госпитале довольное число женщин из солдаток, и им пристойная плата производится. Оные женщины употребляются к услужению больным, для которых по родам болезней их присмотр приличен».

Предшественником светского этапа становления сестринского дела в Беларуси стала община МС милосердия в Щучине (1754). В России в XVIII в. участие женщин в уходе не носило системный характер, по штату больницы имели солдат-сидельников и баб-сидельниц. Ф.П. Гааз с идеей «Спешите людям делать добро» был одним из первых врачей, привлекших женщин к уходу за больными, поскольку им первым в штатное расписание Павловской больницы в Москве был включен женский обслуживающий персонал: «Для улучшения ухода за больными вместо состоящих для ухода инвалидных солдат и жен их поставлено определить по найму исключительно женскую прислугу-сидельниц, вместо поваров иметь кухарок» [17, 20].

Отсутствие системы организации женского труда в госпиталях и заинтересованности командования в нем привело к тому, что в большинстве госпиталей участие женщин в уходе со временем либо прекратилось, либо носило временный характер. В результате больные и раненые, особенно в военное время, практически находились на полном самообеспечении. Например, в 1808 г. в Гродненском госпитале на одного медика приходилось 500 больных при полном отсутствии обслуживающего медицинского персонала.

В XVII в. уход в госпиталях осуществляли мужчины (отставные солдаты), «солдаты-сидельники». В XVIII в. в рамках реформ, проводимых Петром I, к участию в уходе за больными в гражданских и военных лечебных учреждениях стали привлекать женщин. Вначале это были старицы из монастырей, затем жены и вдовы больничных солдат. Специальной подготовки сестер для ухода за больными в то время не было.

Служба «сердобольных вдов», как считают некоторые авторы, в России возникла в 1803 г., когда императрица Мария Федоровна учреждает в Москве и Петербурге «вдовьи дома» как приюты для бедных вдов, оставшихся без средств к существованию. В одном из таких домов проходило детство русского писателя А.И. Куприна, описавшего свои детские воспоминания об

общей палате «вдовьего дома» в рассказе «Святая ложь» [20].

В 1813 г. было принято решение привлечь некоторое число вдов из Петербургского вдовьего дома для оказания помощи в воспитании сирот и для работы в качестве сиделок в Мариинской больнице для бедных в Санкт-Петербурге. Она явилась первым частным благотворительным лечебным учреждением с 200 койками и амбулаторией, 9 врачами, 12 фельдшерами, 14 надзирательницами, 60 хожатыми, 54 остальными служителями. Больница находилась на полном самостоятельном обеспечении. Доходов от оранжереи, где круглый год выращивали овощи и фрукты, хватало на зарплату всему персоналу, питание больных и лекарства. Чистые и теплые палаты, сухое постельное и нательное белье, полноценное питание, регулярное проветривание помещений, ежегодная побелка и покраска каждой палаты и коридоров, полноценный уход и лечение обеспечили Мариинской больнице репутацию одной из лучших больниц Европы того времени [4,18, 20].

Первоначально сестринская община включала семь отделений. Это было отделение МС милосердия, женская больница, богадельня для неизлечимых, пансион, а также приют для приходящих детей, исправительная детская школа, отделение кающихся (магдалин). Со временем большинство отделений было закрыто, а деятельность направлялась исключительно на служение бедным и на подготовку МС милосердия и испытуемых. Вступая в члены общины, МС брали на себя тяжелый труд и высокую нравственную ответственность. Это была особая форма подвижничества, выдержать которую могли только сильные духом. Исполнение тяжелых и сложных обязанностей, аскетический быт, дисциплина, отсутствие зарплаты, пенсии, выходных и отпусков приводили к тому, что многие МС покидали общину. Известно, что только четвертая часть сестер пробыла в Крестовоздвиженской общине более 10 лет. Тем не менее работа их была более значительна по объему и качеству медицинской помощи населению, чем деятельность «сердобольных вдов» [3].

Императрица Мария Федоровна разработала правила и инструкции для персонала (включая врачей), почти ежедневно лично контролировала лечение, работу персонала и попечительского совета, обеспечила снабжение больных деньгами, лекар-

ствами и одеждой после выписки. Позже в инструкции, утвержденной императрицей Анной Иоанновной в 1730 г. по требованиям к лейб-медикам, говорилось: «Такая персона требуется, которая б не только доброго житья и поступка была, довольное знание и искусство, но и знатность и решпект имела: верен, скрытен и истинен; и такого христианского жития и поступка был. Что паче своим собственным примером нежели наказанием ему подчиненных и прочих придворных служителей основание полагал» [21] (т.е. верность, умение хранить тайны и высокая христианская нравственность, а также политическая целесообразность).

В начале 1814 г. 24 вдовы, изъявившие желание посвятить себя уходу за больными, приступили к исполнению обязанностей: каждые две недели восемь вдов переселяясь в больницу для дежурств. Они наблюдали за состоянием палат, порядком в раздаче пищи и лекарств, за чистотой и опрятностью больных, их постели и белья, за поведением больных и посетителей, при этом осваивая некоторые медицинские приемы, чтобы в случае необходимости уметь оказать помощь.

В 1815 г. впервые состоялось приведение прошедших испытательный срок 16 «сердобольных вдов» к присяге с вручением знака отличия – Золотого креста, который предписывалось носить на шее всю жизнь, даже если «сердобольная вдова» выходила в отставку. Со второго года службы «вдовы» могли посещать больных в частных домах, получая за это плату. В 1819 г. последовал особый вердикт, учреждающий Институт сердобольных вдов, а обряд посвящения и присяги был продуман самой императрицей. После присяги посвященные вдовы получали свидетельство на звание «сердобольных», о чем публиковалось в печати. Это стало стимулом для развития профессии МС и ее качеств милосердия как свойств социального института [3-5].

В 1818 г. в России была создана государственная служба сиделок, которые обучались в больницах санитарно-гигиеническому уходу за больными и имели штатные должности при больницах. В первой половине XIX в. эта форма подготовки сиделок не получила должного развития и заметного вклада в дело ухода за больным не внесла.

С учреждения Института сердобольных вдов началась подго-

товка женского медицинского персонала. По уровню медицинской квалификации сердобольные вдовы занимали среднее положение между МС и няней. С 1850 г. дежурства вдов распространились и на детскую больницу. Существование службы сердобольных вдов определялось доходами вдовьих домов и крупными пожертвованиями благотворителей [4,17].

До середины XIX в. служба «сердобольных вдов» оставалась единственной формой профессионального участия женщин в уходе за больными. Х. фон Оппель, главный врач Мариинской больницы в Москве в 1822 г. опубликовал учебник «Руководства и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятившим». Здесь описаны принципы отбора ухаживающего персонала, требования к его физическим и нравственным качествам, особенности ухода за тяжелобольными, выздоравливающими, ранеными, младенцами и умирающими. Большое внимание уделено гигиеническим условиям содержания больных, методикам выполнения манипуляций, правилам приема лекарственных препаратов. Книга написана доходчиво, вдумчиво, с большой любовью и пониманием важности начатого дела, она до сих пор не утратила своей актуальности. Подобный способ трансляции знаний от врачей к МС сохранен и поныне, имеет определенные положительные стороны (высокий интеллект врачей, хорошая теоретическая и практическая подготовка, знание особенностей работы МС, ее профессиональных ошибок). Имеют место и отрицательные стороны подобного обучения: отношение врачей к МС с некоторым оттенком превосходства, взгляд на ее проблемы в свете ее второстепенной роли как помощника.

С 1890 по 1902 г. первая школа МС милосердия при Минской городской больнице Приказа общественного призрения обучала работе не только в больнице, но и на дому. Главный губернский врачебный инспектор С.Н. Урванцов обеспечивал организацию учебного процесса с акцентом на практику. При больнице состояли старший врач и несколько и лекарей-помощников. В программе обучения, наряду с Законом Божьим, изучались все основные дисциплины, соответствующие развитию медицинской науки того времени. В обязанности сестер милосердия входили

дежурства на дому, противоэпидемическая работа, иммунопрофилактика оспы, скарлатины, борьба с холерой. Эту работу обеспечивали женщины, окончившие кратковременные курсы по основам ухода. Примечательной была практика квалификационной градации в зависимости от объема и качества освоенных практических навыков. Курсантам, успешно прошедшим испытания, присваивали квалификацию сестры для работы в госпитале, а не сдавшим – сиделки для направления на фронт [3,17].

В основу первой в России общины МС милосердия была положена мысль о том, что попечение о больных и другие формы медицинской помощи могут быть делом личного подвига. Это стало качественно новым этапом в развитии сестринского дела, связанным с именами Великой княгини Александры Николаевны, принцессы Терезы Ольденбургской, М.Ф. Барятинской. С.С. Щербатовой, доктора Ф.П. Гааза и др. [2, 4,18].

Путь к милосердию в делах и трудах Гааза Ф.П., главного врача московских тюрем и покровителя заключенных, члена Московского тюремного комитета, был непростым. За дела милосердия он был удостоен чина надворного советника и пожалован орденом Святого Владимира IV степени.

Добродетель милосердия занимает особое место в деятельности врача и МС, по большей части получающих от этого сердечную, а не материальную радость. Не все медицинские работники знают о том, что «Бог хранит каждое благодеяние как зеницу ока, любит человека за доброту более, нежели мать сына…Долг угодников Божиих – не пропускать делать добро и совершать его неистощимо с полной любовью». Примеры врачевателей XVII-XIX вв. подтверждают советы духовных отцов – давать волю любому доброму движению сердца, не натаскивать себя на добрые поступки, а накопить тепло благодати в сердце. «Кто дает волю доброму движению своего сердца, тот обогащается, прежде всего, сам – в его душу входят светлая целительная сила, радость, мир, врачующие все болезни и язвы нашей души. Жестокосердный – наоборот: он сжимает свое сердце, он впускает в него холод, вражду, смерть» (О.А. Ельчанинов) [6].

О практике проявления разных форм милосердия доктор Ф.П. Гааз писал: «Не смущайтесь пустыми условиями и суетными правилами светской жизни. Пусть требование блага ближнего

одно направляет ваши шаги. Если нет собственных средств для помощи, просите кротко, но настойчиво у тех, у кого они есть. Не бойтесь возможности уничижения, не пугайтесь отказа...ТОРОПИТЕСЬ ДЕЛАТЬ ДОБРО. Умейте прощать, желайте примирения, побеждайте зло добром. Не стесняйтесь малым размером помощи, которую вы можете оказать в том или ином случае. Пусть она выразится подачею стакана воды, дружеским приветом, словом утешения, сочувствия, сострадания – и то хорошо. Старайтесь поднять упавшего, смягчить озлобленного, исправить нравственно разрушенное».

На памятнике знаменитому врачу Ф.П. Гаазу в Никольской общине высечены его слова-девиз «Спешите делать добро».

В 1854 г. в Петербурге для работы в действующей армии была создана Кресто-Воздвиженская община МС милосердия, устав которой был разработан самим Н.И. Пироговым. Уставы других общин МС милосердия мало отличались друг от друга. Неизменными условиями были целомудрие и строгость поведения, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплина и беспрекословное подчинение начальству. Уставы были строгими, но сохраняли за членами общины некоторые свободы, в отличие от монастырских общин. МС имели право владеть наследственным и собственным имуществом, при желании могли вернуться к родителям, требующим ухода, или вступить в брак.

Обучение МС проводили врачи, состоящие в общине на службе, они преподавали правила ухода за больными, способы перевязки ран, фармацию и рецептуру. Обученные МС исполняли обязанности, которые в других местах поручали фельдшерам и фельдшерицам. Они принимали больных, посещали общину, дежурили в больнице общины и частных домах. Со временем их стали приглашать в частные и государственные больницы и госпитали. Для консультаций в общину приглашали многих известных врачей, например, с 1845 по 1856 гг. Кресто-Воздвиженскую общину в Санкт-Петербурге посещал Н.И. Пирогов.

Новое начинание было скептически встречено в высших кругах, высказывались опасения, что направление женщины на фронт может привести к моральному разложению армии. Самоотверженный труд и безупречное поведение женщин внес слав-

ную страницу в историю развития сестринского дела, заслужил уважение и признательность воинов и народа. Вместе с МС Крести-Воздвиженской общины работали «сердобольные вдовы», свидетельством их самоотверженного труда служит факт, что 12 вдов умерли, из 60 сестер милосердия почти все заболели тифом, 11 из них скончались.

Движение МС милосердия набирало силу и получило всеобщее признание, к концу 1912 г. в 109 благотворительных общинах работали 3442 МС милосердия, а к началу Первой мировой войны их количество достигло почти 20 000. Особое внимание к обучению кадров сестер возникло в период с 1854 по 1877-1878 гг. (Крымская и Русско-турецкая войны).

«Сердобольные вдовы» вместе с МС милосердия участвовали в Крымской кампании 1854-1856 гг. Несмотря на свое знатное происхождение (многие были потомственными дворянками), женщины выполняли самую тяжелую, но необходимую работу. После Октябрьской революции вдовьи дома были упразднены, а их здания переданы Наркомздраву СССР [3, 4, 22].

В годы Крымской войны особенно остро ощущался недостаток медицинского персонала. Военные потери были велики: война унесла жизни почти 785 тыс. человек, потери убитыми составляли 53 тыс., остальные умерли от ран и болезней. В разгар боевых действий Н.И. Пирогов в 1828 г. был приглашен к великой княгине Елене Павловне, принявшей на себя руководство благотворительными учреждениями. Она посвятила знаменитого хирурга в план по созданию женской организации для помощи больным и раненым на поле битвы, предложив ему взять организацию на себя.

В отчетах, воспоминаниях и дневниковых записях Н.И. Пирогова события того времени сохранились и наиболее полно отражены им в «Севастопольских письмах». Став документами политического содержания, они оказали значительное влияние на общественное мнение в России. Воспоминания Е.М. Бакуниной «Воспоминания сестры милосердия» были единственными в своем роде из всей обширной литературы о Крымской войне, не считая «Исторического образа действий Кресто-Воздвиженской общины...» самого Н.И. Пирогова. В этой работе автор дал высокую оценку трудолюбию, самоотвержен-

ности и большому нравственному влиянию, оказываемому МС милосердия на воинов. Он писал, что поведение МС с помощниками было примерным и достойным уважения, а обращение со страждущими самым задушевным. Вообще, все действия МС при уходе за больными, сравнительно с поведением госпитальной администрации, должны быть названы не иначе, как благородными, по мнению хирурга [3,18].

Усилия Н.И. Пирогова и самих МС не прошли даром. В своих воспоминаниях он высказал суждение, что результаты участия МС в войне и первый опыт создания общин доказывает, что до того времени были совершенно игнорированы чудные дарования наших женщин. Его волновало будущее общины, ее внутренняя жизнь. «Наша сестра, – писал Пирогов, – должна быть женщиной с практическим рассудком и с хорошим техническим образованием, а при том она должна непременно сохранять чувствительность сердца, и такая деятельность в женщинах должна быть непрестанно поддерживаема. Сами сестры должны быть независимы от администрации и самые образованные должны нравственно влиять на весь госпитальный персонал». Он верил, что деятельности МС милосердия, несмотря на все трудности, принадлежит великое будущее. Подводя итоги деятельности Крестовоздвиженской общины, он писал: «...Я надеюсь, что это молодое учреждение введется и в других наших военных госпиталях на вечные времена. Всякий благомыслящий врач, желающий, чтобы его предписания не исполнялись грубою рукою фельдшера, должен искренне желать процветания сердобольного ухода за больными».

Русские женщины в годы Крымской войны впервые вышли из сферы домашней жизни на поприще государственной службы, показав высокие деловые и нравственные качества. В воспоминаниях Н.И. Пирогова, врачей, современников сохранились сведения о Дарье Лаврентьевне Михайловой (настоящее имя Даши Севастопольской). Она была одной из тех жен, сестер, дочерей жителей Севастополя, которые еще до появления сестер милосердия и «сердобольных вдов» оказывали помощь раненым. Один из современников писал, что Даша, оставшись сиротой, сначала зарабатывала стиркой белья и вместе с прачками следовала за войсками со своей повозкой, в которой нашлись уксус,

какое-то тряпье, которые она использовала для перевязки ран. Таким образом, Дарья Михайлова стала первой сестрой милосердия на поле боя.

Николай I узнал о подвиге девушки из писем своих сыновей, находившихся в Крыму для «подъема духа» воинов, и принял в судьбе девушки непосредственное участие. Дарье была пожалована золотая медаль на Владимирской ленте с надписью «За усердие» и 500 рублей серебром. Она прожила долгую скромную жизнь, не напоминая о себе, поэтому не установлены ни дата ее смерти, ни место захоронения. По окончании войны 68 сестер было представлено к медали «За оборону Севастополя». Из 120 сестер милосердия Кресто-Воздвиженской общины, командированных в Крым, 17 погибли при исполнении служебных обязанностей.

Должная оценка труда МС милосердия обществом была важной частью их мотивации, помимо патриотизма и высокого чувства долга. Так, к 150-летию со дня рождения Даши Севастопольской по инициативе командования медицинской службы Краснознаменного Черноморского флота, Военно-Морского Краснознаменного госпиталя имени Н.И. Пирогова и совета Музея медицинской службы флота была утверждена медаль ее имени. Ежегодно в госпитале проходит состязание на звание лучшей МС, той, кто займет высшую ступень пьедестала, вручают медаль имени Даши Севастопольской и заносят имя на Доску почета.

История сохранила имена и других великих женщин: Е. Бакуниной, Е. Хитровой, А. Травиной, М. Григорьевой и др. [4]. Милосердие, которое предоставляли врачи и МС милосердия в военное и мирное время, – это готовность помочь кому-либо или простить кого-нибудь из человеколюбия, сострадания. По мысли Святителя Тихона Задонского, «…милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце и милосердие, потому что молитва без милостыни – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов» [8, 28].

Учрежденное РОКК (1867 г.) с компетенцией подготовки МС

милосердия, контроля, создания и деятельности общин милосердия внесло свой вклад в развитие сестринского дела, а в начале XX столетия руководство благотворительными учреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна Романова [30].

Елизавета Федоровна Романова, родная сестра последней русской императрицы, длительно наблюдая жизнь русских монахинь, решила основать нечто среднее между монастырем и учреждением сестер милосердия. При поддержке митрополита Московского Владимира на основании временного устава 10 февраля 1909 г. (по ст. ст.) она учредила Марфо-Мариинскую обитель Милосердия, существующую доныне, в состав попечительского совета входит известная писательница Д. Донцова. В названии обители по имени двух евангельских сестер воплощены две идеи: духовное служение и деятельное милосердие.

Елизавета Федоровна считала постоянную молитву и внутреннее созерцание конечным вознаграждением для тех, кто уже отдал все силы на благо служения Богу через ближнее окружение. Начало положили шесть МС, к концу года трудилось около 30 монахинь. Курсы по элементарной медицине проходили все МС Марфо-Мариинской обители, содержавшей 22 кровати для 15 пациентов. Главной функцией сестры-монахини было посещение больных на дому и оказание там комплексной помощи (прообраз медико-социальной помощи). В обители в течение недели безвозмездно работало 34 врача, которые только за 1913 г. провели 10 814 амбулаторных приемов обратившихся. Осуществлялся выпуск специальных брошюр и листовок для нравственного воздействия на пациентов (прообраз санитарного просвещения). В аптеке лекарства для бедных отпускались бесплатно, а для остальных – со скидкой. Первый госпиталь для раненых Елизаветой Федоровной был открыт в Москве на собственные средства, полученные от продажи богатой коллекции личных вещей и драгоценностей. Предварительно она разделила свои сокровища на две части: одна часть была отдана в казну, родственникам, а на дела благотворительности выделена самая большая часть. Об этом она сообщила в «Духовном завещании ее императорского высочества Великой княгини Елизаветы Федоровны» от 29 июня 1914 г.

Состоятельные жители Москвы также поддерживали дея-

тельность общины, для поощрения их жертвенности некоторые кровати обительской больницы носили имена лиц, внесших крупную сумму денег в фонд обители Милосердия [30]. Этот опыт продолжен известным организатором Белорусской православной Церкви протоиереем о. Федором (Повным) при устройстве Дома милосердия «Элеос» в г. Минске [21].

Созданная Е.Ф. Романовой община была монастырем с сочетанием благотворительной и медицинской работы. О новом рабочем дне Великая княгиня Елизавета Федоровна писала в письме Императору (апрель 1909 г.): «В двух словах о том, как проходит наш день: утром мы молимся, одна из сестер читает в церкви, в восемь часы и обедня, кто свободен, идет на службу, остальные же ухаживают за больными, или шьют, или еще что… У нас немного больных, так как мы берем пациентов, чтобы на практике учиться лечить разные случаи. Я касаюсь подробностей, потому что людям интересно, как я живу в обители, они строят догадки, часто ошибочные, тогда как наша жизнь лишь простая и здоровая. Спим по восемь часов. После обеда некоторые гуляют, чай подается в четыре, ужин в полвосьмого, потом вечерние молитвы. Спать в 10, 3 раза в неделю лекции читает батюшка, 3 раза – доктора, между лекциями сестры читают или готовятся сами. Пока у них медицинская практика только в больнице; по бедным домам они ходят лишь для того, чтобы собрать сведения о больном в различных случаях. Понимаешь, сначала они должны выучиться. Батюшкины лекции начинаются от Библии, заканчиваются церковной историей, он все время показывает, как и что сестры смогу говорить, и чем помочь тем, кто испытывает душевные страдания. Все основывается на безграничной любви о Господе и всепрощении». Общины МС милосердия сыграли большую роль в развитии женского интеллектуального и эмоционального потенциала в России, являясь примером подвижничества [3-9,17, 22].

Обучение кадров МС – этап становления и развития практико-ориентированного образования, в том числе, в Беларуси. Наиболее крупная община МС милосердия в 1916 г. действовала в Минске под председательством губернатора, генерал-лейтенанта, князя Н.Н. Трубецкого [18-20].

Открытая с 1890 по 1902 г. первая школа МС милосердия при

Минской городской больнице Приказа общественного призрения обучала работе не только в больнице, но и на дому. Главный губернский врачебный инспектор С.Н. Урванцов обеспечивал организацию учебного процесса с акцентом на практику. При больнице состояли старший врач и несколько и лекарей-помощников. В программе обучения, наряду с Законом Божьим, изучались все основные дисциплины, соответствующие развитию медицинской науки того времени. В обязанности сестер милосердия входили дежурства на дому, противоэпидемическая работа, иммунопрофилактика оспы, скарлатины, борьба с холерой. В Александрийской общине, учрежденной Могилевским губернатором Н.А. Зиновьевым, за 1898 г. МС милосердия было наложено 84 гипсовые повязки, сделано 2620 перевязок, привито от оспы 159 детей. МС милосердия участвовали в подворных обходах с целью выявления и предотвращения трахомы, брюшного тифа, дизентерии.

Работу в госпиталях обеспечивали женщины, окончившие кратковременные курсы по основам ухода. Примечательной была практика квалификационной градации в зависимости от объема и качества освоенных практических навыков. Курсантам, успешно прошедшим испытания, присваивали квалификацию МС для работы в госпитале, а не сдавшим – сиделки для направления на фронт.

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 г. в богатой аристократической семье, получив имя по месту рождения во Флоренции. Свое призвание помогать больным осознала юной девушкой, но не получила одобрения семьи, поскольку для знатной особы эта профессия в те времена была непрестижной. Росла любознательным ребенком, изучала 5 иностранных языков, но практическим навыкам ухода ей заниматься запрещали. В Италии, где она родилась, сестринское дело находилось в стадии развития, но там Флоренс многое почерпнула для себя. Окончательно она изменила свою жизнь в 30 лет, побывав в институте диаконис в Германии (Кайзерверт), где познакомилась с местным уровнем развития медицины. Биография профессионального врача продолжилась, когда в 1853 г. она возглавила одну из самых современных больниц в Лондоне. Метод ухода прост: соблюдение строжайшей чистоты в палатах, регулярное проветри-

вание помещений, режим питания, полный карантин для заразных и внимательное отношение к жалобам больных [21, 30].

Появление новых взглядов на уход за больными было обусловлено тремя факторами: религией, войной и наукой. Вспышка женского патриотизма в России и Великобритании, эпоха становления современной гигиены, религиозное воспитание – составляющие значимости профессии МС.

Когда началась Крымская война, Ф. Найтингейл принимала непосредственное участие в организации полевых госпиталей, внедряла принципы санитарии в хирургическую практику. Это позволило в военное время снизить смертность раненых британских солдат с 42 до 2,2%.

Осмысливать опыт активная англичанка стала, вернувшись с полей военных сражений национальным героем. Идеи знаменитой МС из Англии о том, что дело управления в больницах должны взять на себя специально обученные МС, поскольку надо следить за здоровыми, чтобы они не стали больными, были положены в основу ее первой книги «Заметки об уходе за больными» или «Заметки о сестринском деле». Осуществлять подобную деятельность должны специально обученные люди, способные к самостоятельной работе, отличающейся от врачебной и требующей практической и научной подготовки. «Болезнь – дело серьезное, и потому легкомысленное отношение к ней – непростительно. Нужно любить дело ухаживания за больными, иначе лучше избрать другой род деятельности», – считала Флоренс. В то время считалось, что женщина от природы наделена умением помогать всем страждущим, они и после войны продолжали работать помощницами докторов в лечении и уходе за больными, присутствовали на операциях, были и за санитарок. Никакого специального образования в то время не требовалось [3-6,19, 23].

Также ей принадлежит честь организации практической и научной подготовки для сестер, поскольку: «Ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному и сокровенному для человека, его жизни и смерти, как сестринская». Сестринское дело (1859) – это действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению посредством разных направлений. Направлений два: уход за здоровыми людьми – поддержа-

ние у человека такого состояния, при котором не наступает болезнь; уход за больным – помощь страдающему от болезни пациенту жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение (качество жизни). Концепция Флоренс Найтингейл базировалась на отказе от прежнего подхода к профессии, более широком понимании сестринской профессии с целью выделения ее в самостоятельную, опираясь на гуманный характер помощи, научные основы и научную подготовку, содействие доминированию женщин в этой профессии.

Особое внимание уделяется выздоровлению, психологии, знание которой с помощью наблюдательности позволяло МС отличать мнимо- от истинно больного, не впадать в крайности потакания прихотям или ограничение чисто внешним уходом. Сиделок учили по глазам понимать состояние больного. Личное участие МС было со стороны мало заметным, но должно ощущаться даже в моменты, когда она отсутствует. «Опытность – в приобретении наблюдательности, а не в количестве трудовых лет», – считала Ф. Найтингейл.

По возвращении в Англию в 1856 г. Ф. Найтингейл было поручено реорганизовать армейскую медицинскую службу, на что в 1857 г. правительством были выделены средства и организована комиссия по проведению в жизнь необходимых реформ. Благодаря взаимодействию с военным министром Хербертом в 1859 г. Найтингейл добилась оснащения больниц системами вентиляции и канализации, а персонал в обязательном порядке проходил необходимую подготовку. Будучи еще и математиком, Флоренс занималась статистическими исследованиями, стала новатором в использовании методов инфографики в статистике, в частности, применяла круговые (секторные) диаграммы [29]. В больницах велась строгая статистическая обработка всей информации. Была организована военно-медицинская школа, в армии велась разъяснительная работа о важности профилактики болезней.

Во время Крымской войны Ф. Найтингейл удалось собрать по подписке большую сумму денег, на которые в 1860 г. была организована первая в мире школа МС милосердия при больнице Св. Фомы в Лондоне. Вскоре выпускницы этой школы начали создавать аналогичные учреждения при больницах других стран. Так, Эмми Каролина Рапе, прошедшая обучение в этой школе в 1866-

1867 гг., стала пионером по созданию системы обучения МС милосердия в Швеции [21].

Одним из факторов, мешавших развитию сестринского дела в мире, был социальный статус женщины. Флоренс Найтингейл внесла огромный вклад в обретение женщинами равноправия. Она впервые обратила внимание на значимость и особенности сестринского дела, определяющие его специфику и выделение в самостоятельный вид профессиональной деятельности. В 1860 г. она открыла первую в мире светскую школу для обучения МС.

В 1859 г. она была избрана членом Королевского статистического общества и впоследствии стала почетным членом Американской статистической ассоциации. Она написала книги «Заметки о факторах, влияющих на здоровье, эффективность и управление госпиталями британской армии» (1858) и «Как нужно ухаживать за больными» (1860).

Значительный личный вклад в развитие сестринской профессии в мире и придание ей более значимого статуса принадлежит Ф. Найтингейл, награжденной Королевским Красным крестом и орденом «За заслуги». Именно ей принадлежит честь создания самостоятельной сестринской профессии. Умерла Ф. Найтингейл в Лондоне 13 августа 1910 г., в центре британской столицы ей установлен памятник. После смерти Ф. Найтингейл в 1912 г. Лигой Международного Красного Креста и Красного Полумесяца была учреждена медаль ее имени [31], которой награждаются дипломированные МС и медбратья за особые самоотверженные поступки в отношении к больным людям в мирное или военное время, за исключительные моральные и профессиональные качества, гуманизм и милосердие. В Республике Беларусь 11 МС, награжденных медалью Флоренс Найтингейл в военное и мирное время, в 2019 г. ей наградили Кулагину Г.В. [31-34].

Резюме. На этапе развития народной медицины в III-VI вв. связующим звеном с населением и религией становятся диакониссы, бегинки и, впоследствии, Братство милосердия для ухода и духовной помощи бедным больным Винсента де Поля.

Цеховой этап, развивавшийся под влиянием церкви, подарил миру имена знаменитых врачевателей, безвозмездно оказывающих медицинскую помощь. Это почитаемые доныне Евфросиния Полоцкая, первая женщина Беларуси, причисленная к лику свя-

тых, блаж. Матрона Московская, Лука Войно-Ясенецкий и др.

В конце XIX в. в Беларуси появились знаменитые медики, посвятившие жизнь служению человечеству, но проявившие себя в разных уголках планеты: Ф.И. Пастернацкий, И.В. Забелин, Г.А. Шапиро, М.Ф. Субботин, С.С. Зимницкий, Р.А. Лурия, Е.В. Костенич, В.П. Зеренин и многих других [36].

Санитарная культура XVI в. в Беларуси была выше, чем в ряде развитых западных государств, чему способствовало политическое устройство в ВКЛ, финансирование в XVII в. богатыми политиками канализации и водопровода как рационального способа сохранения общественного здоровья и предупреждения эпидемий. С XV в. в ВКЛ к правящему сословию приходит понимание значения благоустройства и гигиенического содержания городов и дорог, возникают госпитали с тройной функцией – не только лечения, но и попечения, приюта [27], ухода, питания (медико-социальные в современной терминологии) и обучения.

Медико-социальные функции шпиталей и цехов цирюльников с градацией уровней, сроков подготовки, базирующихся на взаимодействии учителя-ученика и высокой практической ориентированности, востребованы в современной подготовке МС и организации работы БСУ.

В Беларуси создан прообраз обучения современности: учеба продолжительностью 3-5 лет с постепенным нарастанием сложности выполняемых медицинских манипуляций и градацией на разряды обучения от «хлопца» к «полутоварищу», от подмастерья до мастера и магистра. Особое место уделено практике в форме «вандровок», завершавшихся итоговым контролем в форме экзамена.

С XVI до XVIII в. развивался комплексный подход к организационным формам оказания медицинской помощи одновременно с улучшением лекарственного обеспечения в XVII-XIX вв., развитием науки и появлением рукописных медицинских книг. Этот период был благоприятен для дальнейшего обучения искусству врачевания в Беларуси.

С XVI в. в Беларуси начинается развитие аптечного дела, открываются первые общины милосердия. С ростом благосостояния населения возрастает рождаемость, ведущая к развитию акушерского дела и выделение его в самостоятельную дисци-

плину. Приходит понимание значения образования, развитие науки идет в стенах создаваемых высших учебных заведений (медицинский факультет в академии в Вильно, XVI в.). Большое значение в развитии книгопечатания как способа трансляции знаний имела деятельность Ф. Скорины и многих других белорусских ученых XVII-XIX вв.: Л. Зизания, С. Полоцкого, С. Будного, Е. Славенецкого, знаменитого врача-практика Ж.-И. Жильбера.

Новая форма организации общественного труда (субботники), используемая в Минске губернатором З. Корневым, получила свое развитие в 1920-1930-х гг. времен СССР.

Существование общин милосердия было замечательным примером подвижничества, который был подхвачен белорусским и русским обществом во второй половине XIX в. Женщины доказали, что они достойны равных с мужчинами прав в общественной жизни страны, Это блестяще доказала Ф. Найтингейл на примере своей жизни.

Главное наследие Ф. Найтингейл – организация обучения средних и младших медицинских работников и реорганизация преподавательского состава, поскольку она считала, что обучать МС милосердия должны квалифицированные МС («Равный обучает равного»). Создание музея имени Ф. Найтингейл в больнице Св. Томаса (Лондон) посвящено первой в мире сестре милосердия и сестринской школе. Музей работает ежедневно, входной билет стоит 5 фунтов (6 евро). В этом музее также освещается история общественного движения МС милосердия и хранятся важные документы, касающиеся его организации.

Пирогов Н.И., знаменитый хирург, ввел сортировку раненых в течение 7 часов, с 14 ассистентами он делал 100 ампутаций, за полтора дня успевал оказать помощь 600 солдатам, чем заслужил их любовь и уважение. Участник Крымской войны писал: «Уставы общин мало отличались друг от друга. Неизменными их условиями были целомудрие и строгость поведения, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплина и беспрекословное подчинение начальству. Уставы были строгими, но сохраняли за членами общины некоторые свободы, в отличие от монастырских общин. МС имели право владеть наследственным и собственным имуществом, при желании

могли вернуться к родителям, требующим ухода, или вступить в брак».

Чтобы улучшить качество ухода за ранеными во время Крымской войны, МС осваивали специальности МС хирургических (перевязочных), аптекарей и хозяек. По его инициативе в уставе определено и первое профессиональное разделение сестринских профессий на сестер-перевязочниц, дежурных, аптекарских, сестер-хозяек; сестры вели журналы, отмечая в нем недостатки по уходу; помогали во время операций. Н.И. Пирогов инициировал организацию передвижного госпиталя в г. Екатеринославле с приемами медицинской сортировки. Получает поддержку движение женщин из дома на государственную службу, инициаторами которого стали Е. Бакунина, Д. Севастопольская. После войны формируются общины МС, в которые вступают знатные особы.

Н.И. Пирогов поднял знамя профессии МС на новый уровень. Он считал, что необходимо системное образование МС милосердия, и высоко оценивал их подвижнический труд в системе «сердобольных вдов» и общин сестер милосердия в России и Беларуси. Выделение новых профессий медицинской сестры в XIX в., высокие нравственные требования к работе с пациентами мужского пола, новая роль в применении истинно женских качеств любви, сочувствия, сострадания и милосердия сделало образ МС в конце XIX в. привлекательными высоко оцениваемым обществом того времени.

Крымская и Русско-турецкая войны показали важность слаженного, организованного труда военных и гражданских ведомств. Одной из задач была подготовка «умелого женского персонала для нужд военного времени». Армии требовались многочисленные помощники, которые могли бы осуществлять и попечение о бедных гражданских лицах, и утешить скорбящих, и наставить на путь истинный тех людей, которые предались порокам, и воспитывать беспризорных детей, и исправлять их дурные наклонности, однако все эти цели во время войны отошли на второй план.

Идеи сестринского образования в XVIII-XX вв. в разных государствах мира в наиболее концентрированной форме выражены в трудах и общественной деятельности Ф. Найтингейл.

Анализ динамики изменений в обучении сестринскому делу от XVIII до конца XX в. показывает последовательность его реформирования в сторону практической ориентированности, акцентирования на значимости и месте МС в уходе за пациентом, увеличения продолжительности теоретической подготовки МС, определения периодичности усовершенствования, развития концепции партнерских взаимоотношений врача, МС, Пвр. Возобновился интерес к сестринскому уходу, обусловленный демографической ситуацией в мире. Начиная с XV в. открываются БСУ, в которых сочетались медицинский уход и социальная помощь людям [25, 26, 28].

Опыт разных стран, творчески примененный Ф. Найтингейл, значимость образования МС и младших МС, реорганизация педагогической системы и образования способствовали возрастанию внимания к этой профессии [34]. Награждение медалью имени Ф. Найтингейл в наши дни – одно из признаний обществом востребованной профессии МС.

Литература

1. Вялікае княства Літоўскае: энцыклапедыя. – Т. 1-3. – Минск: БелЭн, 2005-2010.

2. Пастернак, А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия/ А.В. Пастернак. – М.: Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, 2001. – 303 с.

3. Мирский, М.Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006): монография /М.Б. Мирский, Е.М. Тищенко, Н.Е. Хильмончик. – Гродно: ГрГМУ, 2007.

4. Островская, И.В. Основы сестринского дела: учебник/ И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

5. История развития сестринского дела в России и за рубежом: метод. пособие для мед. сестер и студентов фак-та высш. сестр. образ. / сост.: проф. А.С. Артюхов, проф. Г.Л. Клименко, проф. А.В. Никитин. – Воронеж, 1981.

6. Пестов, Н.Е. Современная практика православного благочестия: в 2 т. / Н.Е. Пестов. – Т.1. – М.: Братство святого апостола Иоанна Богослова, 2018. – 736 с.

7. Православная энциклопедия/ Е.А. Кузьминова [и др.]. – М.: Православная энциклопедия, 2008. – Т. XVIII. – 752 с.

8. Святые врачи безмездные чудотворцы /сост. Н.В. Маслов.

– М.: Самшит-издат, 2016. – 352 с.

9. Ильин, В.Н. Преподобный Серафим Саровский / В.Н. Ильин. – М.: Лепта-Пресс, 2003. – 192 с.

10.Дивен Бог во святых Своих. Преподобная Евфросиния Полоцкая: житие, современные чудеса/ По благословению Высокопреосвященного Феодосия, Архиепископа Полоцкого и Глубокского, Спасо-Евфросиниевский женский монастырь в г. Полоцке, Полоцкая епархия Белорусской Православной церкви. – Полоцк, 2010. – 70 с.

11.Житие святой блаженной Матроны Московской и ее чудотворения XX-XXI вв. /сост. А. Худошин. – М.: Терирем, 2011.

12.Преподобный Александр Свирский / сост. А.А. Маркова. – М.: Благовест, 2014.

13.«Духовная аптека» старца Иоанна (Крестьянкина). Наставления, уроки, молитвы. – М.: Ковчег, 2010. – 192 с.

14.Сазонова, Л.И. Симеон Полоцкий. Орел Российский / Л.И. Сазонова. – М: Индрик, 2006. – 705 с.

15.Чудеса по молитвам святителя Луки (Войно-Ясенецкого) /сост. А.В. Велько. – 3-е изд. – Минск: Белорусская Православная церковь, 2015.

16.Борис, А.И. Выдающиеся деятели медицины и естествознания в истории и филателии /А.И. Борис. – Минск: Тесей, 2012. – 200 с.

17.Вознесенская, Ю.Н. Эдесское чудо /Ю.Н. Вознесенская. – М.: Лепта Книга, Вече, ГрифЪ,2013. – 400 с.

18.Тищенко, Е.М. История медицины в XX веке: монография /Е.М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2002. – 444 с.

19.История сестринского дела в России / В.П. Романюк, В.А. Лапотников, Я. А. Накатис. – СПб.,1998.

20.Светлович, Т.Г. История сестринского дела: учеб.-метод. пособие /Т.Г. Светлович. – Минск: БелМАПО, 2003. – 38 с.

21.Матвейчик, Т.В. Теория сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Выш. шк., 2016. – 366 с.

22.Щербович-Лечор. Медико-санитарный очерк города Слуцка. http://nasledie-sluck.by/ru/sluchina/114/5056.

23.Сестринское дело: в 2 т. – Т. I /под ред. А.Ф. Краснова. – Самара: Перспектива, 1998.

24.VKOdnoklassnikiMail.RuPinterestFacebook

25.Матвейчик, Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук; под ред. проф. Э.А. Вальчука. – Минск: БелМАПО, 2009. – 216 с.

26.Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

27.Гейденштейн, Р. Записки о Московской войне (1578–1582) / Р. Гейденштейн. Новое известие о России времени Ивана Грозного /А. Шлихтинг. О Москве Ивана Грозного / Г. Штаден. – Рязань: Александрия, 2005. – 606 с.

28.Глушанко, В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография / В.С. Глушанко [и др.]; под ред. Ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 185 с.

29.Сурожский, А. О современной медицинской этике /А. Сурожский. – СПб.: Возрождение, 2009. – 63 с.

30.Миллер, А.П. Святая мученица Российская Великая княгиня Елизавета Федоровна /А.П. Миллер. – М.: Паломник, 2013. – 352 с.

31. https://kratkoe.com/florens-naytingeyl-biografiya/ Кратко обо всем © kratkoe.com Дата доступа 10.12.2018

32.Медаль имени Флоренс Найтингейл // Белорусское Общество Красного Креста http://www.redcross.by/ Дата доступа 10.12.2018

33.Медсестры, которые удостоены награды, помогают людям уже много лет. http://naviny.by/rubrics/society/2013/06/27/ic_articles_116_182179/

34.Награды Красного Креста. – Сайт РКК http://www.redcross.ru/

35.Волкова, Р. Люди и даты Красного Креста / Р. Волкова // Сайт РКК http://www.redcross.ru. – Дата доступа 10.12.2018

36.Кульпанович, О.А. Знаменитые врачи мира малой родине Беларуси по зову сердца. 2018-2020 годы – Год малой родины / О.А. Кульпанович //Семейный доктор. – 2020. – № 2. – С.17-20.

Глава 3. Краткий экскурс в историю становления среднего медицинского образования и развития профессии медицинской сестры в Беларуси и в мире конца XIX - начала XXI века

Следующим в становлении профессии МС становится III этап – **светский**, характеризующийся появлением МС милосердия и обусловленный как религиозными, так и светскими нормами. Свой вклад в помощь больным и раненым внес Анри Дюнан (8 мая 1828 г.– 30 октября 1910 г.) родился 8 мая – международный день Красного Креста, швейцарский банкир, основавший Общество попечения о больных и раненых воинах (Общество Красного Креста). В 1863 г. им было предложено сформировать группу добровольцев, для оказания помощи (ухода) за ранеными (больными) воинами и для этого следует принять международное соглашение по защите таких добровольцев. При инициативе А. Дюнана в 1864 г. приняты первые четыре Женевские конвенции: по защите и помощи раненым и больным воинам; военнопленным; гражданскому населению на театре боевых действий и пострадавшим во время кораблекрушений. В 1868 г. в г. Гродно опубликован первый список лиц, осуществивших пожертвования в Общество Красного Креста, затем в 1901 г. там была создана община Красного Креста. Первая в Беларуси община появилась в г. Витебске в 1892 г. Общество Красного Креста имело лечебные учреждения: в 1895 г. – лечебница в г. Могилеве, в 1902 г. – амбулатория в г. Гродно, в 1911 г. в г. Минске открыта аптека и пункт скорой помощи [1, 2].

Анализ истории медицины и развития сестринского дела позволяет выделить факторы, влияющие на его развитие:

- эволюция философских наук, религиозных взглядов на природу человека согласно научным открытиям;
- противовесом бесчеловечности войн становится развитие нравственного начала в оказании помощи раненым и больным во время боевых действий;
- возникновение самого гуманистического общественного движения в мире – Международного Красного Креста и заключение Женевского договора о помощи бойцам военных действий и мирному населению (22 августа 1864 г.), действующего по

настоящее время;

- впервые в Женевском договоре обозначена роль МС как помощь в потребностях любому человеку без оговорок и предупреждений независимо от того, это друг или враг. Во всех последующих войнах обязательно участие Международного Красного Креста;
- осознание необходимости развития и систематизации сестринского образования, начиная с 1872 г. при переходе России на единые учебные программы, а с 1890 г. единые учебные планы подготовки и введение новых предметов согласно требованиям практики (изучение детских болезней, кожных и венерических, глазных, акушерских болезней, массажа) способствовало стандартизации и лучшему качеству обучения МС;
- введение обязательной 6-месячной практики МС на рабочем месте обеспечивает лучшую практическую подготовку;
- осознание необходимости и значения качественных учебников для учебы в фельдшерских и акушерских школах, поручение разработки фундаментальных пособий самым образованным педагогам. Так, разработанное в 1890 г. учебное пособие «Общая сестринская техника» было востребовано до 1947 г.;
- разнообразные формы применения мотивации к труду МС: с 1875 г. решение об оплате труда МС милосердия; с 1880 г. система страхования через сберегательные кассы при общинах, пенсионное обеспечение с учетом стажа (по старости 150 руб. в год) и здоровья (по болезни – 120 руб.); создание системы опеки престарелых МС милосердия через приюты с полным содержанием за счет прибыли от деятельности крупных общин, сохранив свое значение до настоящего времени [3, 4];
- высокая степень поощрения МС милосердия, отличившихся в оказании помощи при военных действиях Первой мировой войны (Георгиевская медаль, орден св. Екатерины, почетная золотая и серебряная медаль РОКК, Георгиевский крест четырех степеней с вариантами надписей на реверсе «За усердие», «За мужество в оказании помощи пострадавшим», «За героизм». Имя единственной в истории Первой мировой войны женщины, награжденной в 1915 г. офицерским орденом св. Георгия Победоносца, – Римма Михайловна Иванова, всеми четырьмя степенями Георгиевского креста были награждены Генриетта Викто-

ровна Сорокина и баронесса Евгения Петровна Тролль) [5, 6].

Современный этап становления сестринской профессии

Определенную роль в развитии медицинской профессии в мире история отводит МС Елизавете Фрай (1780-845), английской социальной активистке, реформатору тюремной системы Англии, известной как «ангел тюрем». Петром I на основании его Указов впервые стал сначала использоваться, а затем все более конкретизироваться женский труд по уходу, став прообразом новой профессии [6, 7].

С целью продвижения гуманистических идей профессии благодаря личной инициативе первого президента, англичанки Бедфорд Фенвик, в 1899 г. создан МСМС – первая неправительственная профессиональная организация женщин, включающая 132 государства и 13 млн МС [8].

В 1912 г. в честь Ф. Найтингейл учреждена медаль «За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающих восхищение всего человечества». Первое награждение состоялось в 1920 г., затем в 1922 г. К концу XX в. медалью Ф. Найтингейл было награждено 1 тыс. медсестер. В СССР первое представление к награждению состоялось в 1961 г. [9].

Становление и развитие сестринской профессии в Беларуси

После вхождения в состав России в 1797 г. в Беларуси введена губернская государственная должность – повивальная бабка. Курсы для получения профессии открыты в Гродненской окружной лечебнице в 1868 г., где проходил этап ученичества для оспопрививателей с 1801 г., для работы в аптеках, у дантистов. Первая медицинская школа открыта в 1865 г. в г. Могилеве; повивальная школа в 1876 г. в г. Гродно, в 1910 г. преобразована в фельдшерско-акушерскую с продолжительностью обучения 4 года и изучением 25 предметов, по окончании которой присваивалось 2 разряда, выпускнице вручался акушерский набор, она давала торжественное обещание. Именно эта фельдшерско-акушерская школа стала исторической предшественницей высшего сестринского образования в Республике Беларусь [1,10].

Необходимость в подготовке высококвалифицированного средних медицинских работников стала остро ощущаться при развитии участковой сети в земских губерниях России. Параллельно с развитием амбулаторной участковой сети в земствах

получила широкое распространение стационарная помощь, что предполагало продуманную организацию ухода за больными. Для подготовки земских МС были разработаны самостоятельные учебные программы, учитывавшие особенности работы в городских и сельских условиях.

На XV Московском губернском съезде членов земских врачебно-санитарных организаций (1902) врачами Архангельской А.Г. и Гортынской О.В. впервые предложен проект двухлетних особых школ при земских больницах. По окончанию ее выпускницы, получившие бесплатное среднее специальное образование, при полном содержании от земства, должны были прослужить в земской больнице 2 года с жалованием не менее 15 руб. в месяц «при готовой квартире и столе». Диплом должен был выдаваться только по истечении двухлетней работы земской МС милосердия [1, 2, 7,11].

Определенные успехи в обучении МС и повитух наблюдались в Беларуси, например, на Могилевщине. В 1847 г. граф Петровский на основании анализа данных статистики о многочисленных случаях смерти рожениц и новорожденных на селе вследствие неразумного ухода, обратился к губернатору с прошением о принятии на обучение сельских повитух. До этого времени обучение сиделок и повитух происходило без теоретического курса. При родильном отделении земской больницы местных девушек, желающих посвятить себя уходу за больными, обучали на практике.

В 1863 г. могилевский губернатор А.П. Беклемишев поручил разработку проекта учреждения губернской христианской больницы, родильного института и повивальной школы. В 1865 г. повивальная школа при родильном отделении института была открыта, ее первым директором стал А.Ф. Модестов, доктор медицины. Четыре выпуска подряд образование получали исключительно девушки сельского сословия Могилевской губернии. Первым преподавателем всех дисциплин был Н.М. Мандельштам и одна повивальная бабка [1, 2]. Инспектор классов Варшавского Александро-Мариинского института, действительный статский советник, акушер Одесской врачебной управы Авенариус Н.П., проверявший по поручению Медицинского департамента школу, в отчете об этом отмечал, что Н.М. Мандель-

штам «непоколебимым терпением преподает свой предмет ученицам неграмотным, вырванным из сельского быта», а также с восторгом отзывался о слушательницах: «Некоторые делают поразительные успехи, что тем более рекомендует их интеллектуальные способности, что они, не имея возможности пользоваться руководствами для повторений, должны довольствоваться одною памятью». По окончанию курсов лучшие ученицы получали специальное разрешение с правом производства некоторых врачебных обязанностей в местах, где нет врачей. В 1876 г. в Гродно открыта повивальная школа на 20 человек, в 1872-1875 гг. в Витебске при больнице Приказа общественного призрения работала фельдшерская школа.

Об успешном обучении повитух в Могилеве стало известно в других губерниях, поэтому в 1869 г. в паевое содержание школы вступила Витебская губерния, от которой «поступили в Могилевское родовспомогательное заведение для обучения повивальному искусству 3 крестьянские девушки», а в 1870 г. было предоставлено 6 мест. К началу 1870-х гг. XIX в. в долю расходов на содержание школы вступила Минская губерния, поэтому школа неофициально приобрела межгубернское значение [1, 2]. Реорганизация Могилевской повивальной школы «на более широкой основе» была предложена в 1873 г. Мандельштамом Н.М. в связи с развитием сельской медицины. Согласно принятому 6 мая 1874 г. постановлению Могилевская повивальная школа преобразована в Центральную повивальную школу для Могилевской, Минской и Витебской губерний. После вступления постановления в силу 14 января 1875 г. она приобрела особый статус учреждения, содержимого на общие средства земских сборов трех губерний, состоящего в главном ведении начальника Могилевской губернии, а также получила автономное существование по хозяйственным вопросам, отделившись от больницы. Могилевская центральная повивальная школа учреждена на 50 учениц-пансионерок и 20 вольнослушательниц, размещалась в устроенном доме с родильным отделением на 6 кроватей, содержалась на счет сумм, ежегодно ассигнуемых по смете расходов на содержание сельской части в губернии. Каждая губерния вносила в бюджет школы по 2910 руб. в год. За это воспитанницы соответствующих губерний должны были отслужить в должно-

сти повивальных бабок по полтора года за год обучения [12].

В Могилевской центральной повивальной школе в 1901 г. директором был С.А. Липинский, заботившийся о содержании воспитанниц. К вопросам его контроля относились пища, одежда, белье, обувь воспитанниц, учебные и медицинские пособия, а также мыло, солома и др. Оговаривалась форма одежды, в которых воспитанницы могли присутствовать на занятиях. К форме относились: рубаха холщовая тонкого полотна; юбки из тонкой парусины, на лифы и лямки к платьям; платья верхние из тонкого полотна; фартук из перногалистика; фартук для дежурных учениц; воротники к платьям из петербургского коленкора; платки носовые, бумажные. В комплект входили также цветные головные, черные кашемировые платки; чулки из белых и черных ниток; башмаки из хорошего опойка; пальто из суронемецкого сукна – все это выдавалось за счет учреждения бесплатно [10].

В распоряжение администрации каждой из трех губерний ежегодно из школы поступало не более 3-4 повивальных бабок. Обучение в Могилевской центральной повивальной школе продолжалось 3 класса, имелись хорошо оборудованные помещения, наглядные пособия, библиотека [2,12]. В первом классе можно учиться 1-2 года по грамотности, в остальных по году. Все свободное время воспитанницы обязаны участвовать в уходе за беременными в родильном институте. По окончании школы сдавались экзамены, проводилось зачисление в специальный класс, обучение в котором длилось 2 года, к родам допускались практикантки второго класса обучения, отработавшие ловкость и навыки родов на фантомах.

Во время учебы воспитанницы изучали акушерство, общую патологию, фармакологию с рецептурой, малую хирургию, болезни родильного периода и новорожденных «рука об руку с практическим изложением и демонстрацией», болезни женских половых органов, гигиену, сифилис. Ученицы должны были присутствовать на вскрытиях трупов в больнице. От будущих повивальных бабок требовалось во внеурочное время ухаживать за беременными, родильницами и больными женщинами. Они выполняли значительный круг обязанностей, входивших в объем их будущей самостоятельной работы. Ведение «скорбных листов» (истории родов или болезни), произведение под руковод-

ством преподавателя всех малых гинекологических операций и под контролем директора или помощника осуществление всех подготовительных плодоразрушающих операций.

Правила для учениц
Могилевской центральной повивальной школы

- Учениц в каждом курсе – 18 человек, из коих 14 – из сельского сословия, 2 – из мещанского и 2 – из еврейского сословия.
- При принятии учениц в школу обращается внимание на следующие условия: возраст не моложе 20 и не старше 35 лет, здоровое телосложения без физических недостатков и надлежащую понятливость. Грамотные предпочитаются при приеме.
- Преимущественно практическое преподавание, не включает теоретического объяснения, где это представляется нужным.
- Преподавание возлагается на акушера врачебной управы, под ведением которого как директора института находится школа.
- В случае болезни или отсутствия директора, его обязанность как преподавателя выполняет помощник (институтский ординатор).
- Ученицы сельского сословия доставляются в школу из мировых участков, при помощи и содействии мировых посредников, которым следует убедиться предварительно в способностях каждой посылаемой в школу ученицы.
- За содержание и обучение ученицы мировой участок вносит в приказ по 70 рублей в год; одежду же и обувь ученица получает от своего общества или мирового участка.
- Если до истечения 3 месяцев ученицы в школе она окажется неспособной и негодной в повитухи, то она возвращается в мировой участок и на место ее может быть доставлена другая, понятливее. Деньги же из приказа не возвращаются, также в случае смерти одной или нескольких учениц.
- Ученицы из бедного мещанского сословия и евреи принимаются в училище по вышеизложенным правилам, с тою только разницею, что они, проживая на вольных квартирах и пользуясь своею собственною пищею, вносят только директору по 40 руб. в год.
- Ученицы сельского сословия непременно должны жить, для надлежащего за ними просмотра, в самом здании больницы.

• Ученицы должны повиноваться во всем институтской бабке; ученицам же предоставляется право жаловаться директору или помощнику его в случаях недоразумений, возникающих между бабкой и ими, или превышения ею, институтской бабкой, своей власти.

• По окончании курса ученицы подвергаются экзамену в школе в присутствии членов врачебной управы, на беспрепятственное отправление в пределах Могилевской губернии в должности привилегированной повивальной бабки.

• При удовлетворительном испытании ученица получает аттестат за подписью директора и утверждением врачебной управы.

• Отличившимся на испытании ученицам назначается вознаграждение, состоящее из ящика с необходимыми для повивальной бабки инструментами и, смотря по возможности, из денежной суммы [12].

С 1865 по 1884 г. состоялись 33 выпуска учениц Могилевской центральной повивальной школы. Отчеты за 1875-1878 гг. составляли директор школы Н.М. Мандельштам, за 1889-1901 гг. – директор школы. С.А. Липинский. Опыт организации в XIX в. учебы повивальных бабок в Могилеве показателен до настоящего времени [12].

Интересна история Могилевской фельдшерской школы, начало дискуссии о формах обучения фельдшеров было положено в «Правительственном вестнике» за 1871 г. № 37. Там была опубликована статья медицинского департамента «О необходимости открытия при больницах училищ для образования лекарских помощников» с предоставлением права практики в деревнях по типу заграничных учреждений, в которых готовились лекари по хирургии.

Предложение принято неоднозначно, многие выражали беспокойство, что это принесет вред населению, медицинской науке, будет способствовать подготовке «полувра чей». Победил экономический расчет: на содержание врача деньги собирали от 1 души населения до 10-20 коп., что было накладно для обеспечения работы большого количества врачей, особенно в сельской местности, поэтому в Могилевской губернии предложение о подготовке фельдшеров получило положительный отклик.

Во главе Могилевской школы для фельдшеров стояли директор Кадыгробов Б.А. и его помощник Таневский И.К. [12]. Она открылась 14 января 1875 г., разместившись в доме, выстроенном за счет земских сборов трех губерний, «вблизи христианской (городской) больницы» на 173 койки. В 1902 г. была переведена в новое построенное каменное трехэтажное здание, что дало возможность удвоить число приходящих учеников, сохранившееся до настоящего времени. В фельдшерскую школу принималось 100 человек: 50 пансионеров (казенно-штатных), учившихся бесплатно, и 50 вольноприходящих. За это, а также обеспечение общежитием и экипировкой, пансионеры обязаны были после учебы отслужить на штатной должности в той губернии, за счет которой содержались, из расчета 1,5 года службы за год обучения.

Могилевская фельдшерская школа была обеспечена необходимыми учебными пособиями, анатомическими препаратами, атласами, физическими и химическими реактивами, микроскопическими приборами. Для учащихся имелось две библиотеки: ученическая, укомплектованная «лучшими авторами, преимущественно русскими», и фундаментальная библиотека, состоящая «из новейших русских и переводных книг по различным отраслям медицины» [12].

Могилевская фельдшерская школа, как и Могилевская центральная повивальная школа, состояла из приготовительного и специальных классов. В приготовительном классе срок обучения в зависимости от уровня предыдущей подготовки учащихся длился 1-2 года, а в специальных классах – 3 года.

Преподавание теоретического курса сочеталось с практическими занятиями у постелей больных. Учащиеся дежурили в больнице, ухаживали за пациентами, учились распознавать болезни, лечить их, вели «скорбные листы», а также дежурили в аптеках, где приобретали навыки в приготовлении и выдаче лекарств.

Закончившие третий класс подвергались испытаниям, приводились «к присяге на добросовестное исполнение ими обязанности», получали аттестат на звание «фельдшера с высшим образованием» и обеспечивались «фельдшерскими карманными наборами и другими медицинскими принадлежностями, для безоста-

новочного отправления на место практики (работы)».

Выпускникам Могилевской центральной повивальной школы предоставлялись сложные функциональные обязанности и права, включая:

- самостоятельное оказание помощи при острых заболеваниях, опасных болезнях в целом и преимущественно «в местах, где трудно достать или вообще нет врача»;
- проведение противоэпидемических мероприятий;
- производство малых хирургических операций:
- кровопускание,
- выдергивание зубов,
- вставление катетеров, стом,
- наложение повязок при переломах,
- наложение швов и лигатур,
- вправление грыж, вывихов;
- оказание самостоятельной помощи при острых отравлениях, утоплениях, в случаях мнимой смерти.

Объединение двух учреждений образования произошло 24 октября 1913 г., когда начальник Главного управления по делам земского хозяйства Министерства внутренних дел утвердил устав Могилевской объединенной фельдшерско-акушерской школы, начавшей работать по этому уставу с 1914/15 учебного года [10].

Деятельность МС включала разнообразные специальности, формы и контингенты лиц, которым она была необходима. Это и лечение сельских жителей, способствовавшее развитию там скорой помощи. Военное ведомство испытывало потребность в ротных фельдшерах, откуда пошло понятие «фельдшеризм», употребляемое в настоящее время в уничижительном смысле; образование фабрично-заводской медицины; противоэпидемические мероприятия в городе и на селе; право медицинских работников на вольную практику.

Название «медицинский работник» неоднократно меняло смысл и функции. В XIX в. – это вспомогательный медицинский персонал, МС милосердия. К середине XX в. – это средний медицинский работник; в конце XX в. – менеджер сестринского дела, термин, принятый в Российской Федерации и ряде стран; в Республике Беларусь – главная МС. В начале XXI в. профессии

МС и акушерки дополнились Пвр [13,14].

Одним из основных вопросов, стоящих перед системой здравоохранения, является поиск путей оптимизации расходов на медицинскую помощь при сохранении качества на уровне современных требований. Для этого необходимо осознание всеми МС необходимости знаний для использования новой аппаратуры, технологий, определяемое, в свою очередь, уровнем профессионального образования. Развитие теории сестринского дела как совокупности научных обоснований, взглядов на ту или иную проблему требует подтверждения практикой.

Обобщая современные теории ухода за пациентами [15], можно выделить следующее.

- Врачебная модель, при которой пациент – набор анатомических органов и физиологических систем, человек – пассивный носитель болезни, что принижает значение личности человека.
- Модель В. Хендерсон – персонализация ухода с учетом 14 базовых потребностей человека.
- Г. Пепло – уход должен иметь воспитательное значение.
- Д. Орем – каждый человек несет ответственность за свое здоровье и жизнедеятельность, нуждается в восполнении дефицита самостоятельного ухода [7].
- Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрин – помощь в восстановлении проявлений повседневной жизнедеятельности.
- Д. Джонсон – поведенческий тип поведения через установку, создаваемую действиями и объектами непосредственно вокруг пациента, и установка, создаваемая прошлыми привычками.
- К. Рой – грамотная адаптация пациента к окружающей среде с учетом психофизического состояния.
- Ж. Ватсон – уход должен обеспечивать внутреннюю гармонию пациента между Телом, Душой и Духом.

Таким образом, основу модели сестринского ухода составляет систематически построенный, научно обоснованный и логически связанный набор понятий, составляющий элементы сестринской практики. Споры ученых о предпочтительности какой-либо модели продолжаются. Три идеологии сестринского дела (ремесленническая, профессиональная и опекунская) оказывают общее влияние на политику здравоохранения Здоровье-2020, позволяя повысить уровень здоровья населения через сопричастность МС

к больным людям. В наибольшей степени роль и права во взаимном обмене с позиции справедливости отводится общественным объединениям МС.

Профессиональные общественные организации медицинских сестер

История развития сестринского дела XIX в. включает вопросы о месте и роли женщины в обществе, ее профессиональных способностях и личностной самореализации. В 1899 г. создан Международный совет медсестер – первая профессиональная организация женщин. Честь создания первой женской нерелигиозной организации, занимавшейся благотворительностью в 1633 г., принадлежит Франции.

- 1888 г. – организовано Британское сестринское общество.
- 1899-1900 гг. – принята Конституция Международного Совета сестер (английская медицинская сестра Бедфорд Фенвик (1857-1947) стала его первым председателем). Разрабатывается ряд установок для среднего медицинского персонала (например, во Франции с 1922 г. МС учат 22 мес., только после этого они обретают официальный статус).
- 1901 г. – первый съезд в г. Буффало, главной целью которого было, чтобы «медсестры могли говорить».
- 1906 г. – создание в г. Минске Общества взаимного вспомоществования для фельдшеров, фельдшериц и акушерок.
- 1912 г. – Лига Международного Красного Креста и Красного Полумесяца учредила медаль имени Ф. Найтингейл, самую почетную и высшую награду для МС милосердия во всем мире (в Республике Беларусь – 8 чел.). Помимо этих, имеются награды от МСМС им. Кристины Рейман; международная премия «Достижение»; награда за достижения в области здравоохранения и защиту прав человека [3, 9].
- 1917 г. – Съезд МС милосердия Минской губернии Всероссийского земского союза в г. Минске.
- 1922 г. – первое издание в БССР медицинского журнала, однако первенство с 1900 г. принадлежит Америке, где издан первый международный сестринский журнал (редактор С. Палмер). В Республике Беларусь существует 2 профессиональных журнала для сестер «Медицинские знания» (1999) и «Мир медицины» (эл. рес.1).

• 1925 г. – открыт офис Международного совета сестер в г. Женева.

• 1974 г. – МС из 141 страны мира создали профессиональный МСМС, праздник удостоился звания Международного дня МС, отмечается 12 мая в честь дня рождения Ф. Найтингейл – женщины, вошедшей в историю как организатор первой в мире школы для МС. Идея сделать 12 мая праздником появилась в СССР в 1953 г., решение учредить международный праздник для придания значимости профессии МС и в память о Ф. Найтингейл – в январе 1974 г. В Российской Федерации он отмечается с 1993 г., в Республике Беларусь – с 2001 г. [1-3,15].

МСМС в официальных отношениях с ВОЗ находится с 1948 г. На протяжении 47 лет мероприятия, посвященные проблемам здравоохранения, организовывались непосредственно ВОЗ, однако с 1995 г. в них стал принимать участие Генеральный секретарь ООН. С этого времени ежегодно готовится специальное послание, призванное привлечь внимание властей государств, коммерческих, общественных структур, обычных граждан к проблемам профилактики и искоренения опасных болезней. В 2020 г. мнение ВОЗ изложено в докладе [14], содержащем дальнейшие направления политики развития трудовых ресурсов в области сестринского дела, оказавшееся провидческим [13].

• 1994 г. – 1-й съезд средних МС и фармацевтических работников Республики Беларусь в г. Гродно [2].

• 1995 г. – сотрудничество с Европейским региональным бюро ВОЗ по подготовке и распространению учебно-методических материалов по сестринскому делу LEMON.

• 1996 г. – Белорусская психиатрическая ассоциация МС (председателем была Мейшутович Р.В.), с 2019 г. вошла в состав Белорусской психиатрической ассоциации врачей (председатель Александров А.А.).

• 1997 г. – Ассоциация МС г. Минска (председатель Урахова Э.Л., далее – Загородняя Н.К.).

• 2000 г. – создание БелООМС с целью повышения социального статуса и профессионального престижа профессии МС, распространения и обмена опытом в развитии сестринского дела (председатель Кулагина Г.В., в настоящее время – Южик С.Ф.). В состав первого Правления БелООМС первого созыва были из-

браны:

- Савко Е.К., Некревич С.В. – г. Гродно, Гродненская область
- Копытова С.М., Рыжова А.Н. – г. Могилев, Могилевская область
- Проровская Н.И., Кириллова А.А. – г. Витебск, Витебская область
- Савчинская В.В., Бабич Н.В. – г. Гомель, Гомельская область
- Суходольская И.Л., Гришкевич Г.В. – г. Брест, Брестская область
- Пугачева И.А., Богданович З.Н. – Минская область
- Загородняя Н.К., Косолапова В.М., Лютко Л.А. – г. Минск
- В состав ревизионной комиссии были избраны Ищенко Л.П., Артюшевская В.И., Ивашко В.П.

В 2000 г. в составе Белорусской делегации председатель БелООМС принимала участие в работе Мюнхенской международной конференции по сестринскому делу, по окончании которой голосовала за принятие Мюнхенской декларации о необходимости развития и оказания поддержки сестринскому делу всех стран [13]. После этого Министерство здравоохранения Республики Беларусь приняло решение о разработке Государственной программы развития сестринского дела.

Международное приветствие БелООМС получило при встрече Регионального Советника по сестринскому и акушерскому делу Европейского Регионального бюро ВОЗ Ainna Fawset-Henesy и заведующей кафедрой семейной медицины Соединенного Королевства Fidelma Winkler с членами Правления БелООМС и практикующими медицинскими сестрами и акушерками. В рамках международного сотрудничества в 2001-2003 гг. по приглашению Европейского регионального бюро ВОЗ председатель БелООМС принимала участие в работе Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций (EFNNMA) (с 2003 г. – БелООМС – член EFNNMA) и ВОЗ. Такое сотрудничество способствует получению членами БелООМС обучающих материалов и результатов научных исследований в области сестринского и акушерского дела из других стран, благоприятно для участия сестринской общественности в обучаю-

щих программах ВОЗ, помощи в приглашении специалистов из Европы для проведения учебы сестринских лидеров из Беларуси [13,17,18].

В 2005 г. при поддержке Министерства здравоохранении Дании и Ассоциации медицинских сестер Ирландии председатель БелООМС Лютко Л.А. приняла участие в заседании главных специалистов по сестринскому делу министерств здравоохранения стран европейского региона в г. Копенгаген (Дания). На форуме обсуждались вопросы подготовки сестринских кадров в странах Европы, а также роль руководителей сестринских служб высшего уровня в решении актуальных проблем сестринского дела. Председатель БелООМС Лютко Л.А. была включена в состав рабочей группы по изучению систем сестринского образования в странах европейского региона, о результатах ее деятельности неизвестно.

Проблемы сестринского дела обсуждались на ежегодных республиканских научно-практических конференциях «Развитие новых организационных форм и сестринских технологий и их значение в повышении качества медицинской помощи» (г. Могилев), «Управление качеством сестринской помощи. Состояние проблемы и пути ее решения», в которой приняла участие Сьюзен Эгглофф, представитель консорциума Австрийского, Германского и Швейцарского Красного Креста в Беларуси, «Совершенствование профессионального образования и развитие научно-исследовательской деятельности в сестринском деле» (г. Минск), «Безопасная больничная среда – основа оказания качественной медицинской помощи» (г. Брест).

При поддержке Министерства здравоохранения Республики Беларусь и управлений здравоохранения областных комитетов по здравоохранению Республики Беларусь БелООМС организовывало семинары, в т. ч. и выездные, на темы «Профилактика внутрибольничных инфекций при внутривенных сестринских вмешательствах» (г. Минск, Гомель, Гродно, Могилев).

В качестве учебного материала члены БелООМС, МС ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии» совместно с БелМАПО создали видеофильмы: «Техника постановки периферического венозного катетера», «Уход за центральным венозным катетером», «Техника взятия

крови из вены на исследование при помощи вакуумных систем».

В сотрудничестве с Республиканским методическим центром по высшему и среднему медицинскому и фармацевтическому образованию и БелМАПО члены БелООМС принимали участие в научно-практических конференциях медицинских колледжей (г. Пинск, Орша, Борисов), в награждении премиями специального фонда Президента Республики Беларусь по поддержке одаренных учащихся (г. Молодечно, Минск).

Ряд мероприятий проведен в сотрудничестве с БелМАПО:

- 2010 г. – республиканская конференция о состоянии и решении проблем больниц сестринского ухода с предложениями в Министерство здравоохранения Республики Беларусь.
- 2018 г. – республиканская научно-практическая конференция с международным участием в рамках IV Международного саммита медицинских сестер «Профессионализм и этика как слагаемые качества сестринской помощи» в г. Минск.
- 2019 г. – республиканская конференция с международным участием «Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в достижении Здоровья для всех», посвященная Международному дню медицинской сестры.
- 2020 г. – вебинар «2020: Международный год средних медицинских и акушерских работников».

Сотрудничество с ФПБ проявлялось в том, что председатели БелООМС (Кулагина Г.В., Лютко Л.А.) избирались в состав Президиума Республиканского комитета Белорусского профсоюза работников здравоохранения.

В 2004 г. на I Пленуме Республиканского комитета Белорусского профсоюза работников здравоохранения председатель БелООМС Лютко Л.А. была избрана в состав Президиума Совета ФПБ, делегатом на съезд ФПБ, где выступала с докладом по актуальным проблемам сестринской службы. В дальнейшей работе пленумов Республиканского комитета Белорусского профсоюза работников здравоохранения принимали активное участие члены БелООМС Копытова С.М. (г. Могилев), Ивашко В.П. (Минская область). С их участием обсуждались вопросы социальной защиты работников здравоохранения, статус МС с высшим медицинским образованием, нормативные правовые акты в разделах, касающихся деятельности сестринских работников.

Активность региональных лидеров БелООМС проявлялась в разработке и осуществлении ряда инициативных проектов:

*«Лидерство без границ», в котором приняли участие 440 чел., включая председателей профсоюзных ячеек организаций здравоохранения городов Могилева, Минска, Витебска, Бреста и Минской области, разработкой и изданием тематических материалов для участников 2-дневных семинаров «Эффективное руководство и работа командой». Семинары имели большой успех и получили высокую оценку у участников. Сотрудничество БелООМС с Республиканским комитетом Белорусского профсоюза работников здравоохранения и Министерством здравоохранения Республики Беларусь позволило выявить лидерские качества у МС, мотивировать их к реформам в сестринском деле и представлять интересы сестринской профессии на самом высоком уровне;

*в рамках проекта «Лидерство без границ» был организован конкурс среди членов БелООМС на лучшую команду по развитию сестринского дела в областях, в котором приняли участие 5 проектов. МС Могилевской области представили проект «Милосердие и профессионализм – детям», направленный на совершенствование знаний МС в области педиатрии и акушерства и организации профилактических мероприятий для детей. В проекте отделения БелООМС г. Пинска «Активизация и совершенствование деятельности сестринского персонала Брестской области» было отмечено активное сотрудничество медсестер БелООМС с местным телеканалом, газетой «Пинский вестник», профсоюзными организациями, шефство над ветеранами сестринского дела. УЗ «23-я поликлиника г. Минска» представляла проект «Опыт организации профилактической работы со здоровыми детьми», Медицинские работники Гродненской области и г. Гродно отразили в проекте информационно-просветительскую деятельность МС в санитарном просвещении населения, участие в разработке и совершенствовании методик ухода за пациентами и этике сестринской деятельности. Проект из Минской области, Вилейской ячейки БелООМС. Был направлен на повышение профессионального статуса МС, значение которого состояло в высокой оценке самостоятельной роли МС;

*в ходе проекта «Милосердие без границ» проведены кон-

сультации с главными МС БСМП, Вилейского РТМО, Минской областной клинической больницы, РНПЦ детской онкологии и гематологии, с преподавателями медицинских колледжей по вопросам внедрения сестринского процесса в БО, тематические занятия с МС. Разработаны проектные материалы по документированию сестринского процесса, предложены технологии ухода за больными людьми в практике МС [15];

*проекты БелООМС «Мамино молоко лучше», «Женщины против наркомании» стали предтечей научного проекта Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Мамы pro». В результате изменения подхода к профилактической работе МС, кропотливой работе с семьями произошли положительные сдвиги в заболеваемости детей первого года жизни в 2003-2006 гг. Эти первые шаги определили важность внедрения технологий деятельности МС по пути улучшения качества оказания медицинской помощи МС и повышения ответственности за принятие решений [18];

*совместно с БелМАПО разработаны и изданы за счет средств БелООМС методические рекомендации по работе Советов МС (утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь) [19], инструкции по организации работы главной МС [20], делопроизводству для главных МС [21], алгоритмам общения с разными пациентами [4, 15], технологиям практической деятельности МС по функциональной диагностике. Члены правления рецензировали программы последипломной переподготовки и повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием, учебные пособия [19-20].

Активное сотрудничество в годы становления БелООМС отмечалось с медицинскими журналами для МС, фельдшеров и акушерок с редакциями журналов «Медицинские знания», «Мир медицины», организовывались читательские конференции. Члены БелООМС Кондратович В.В., Кулагина Г.В., Копытова С.М., Лютко Л.А., Пугачева И.А. входили в состав редакционных коллегий. При информационной поддержке БелООМС в журнале «Медицинские знания» была открыта рубрика «Школа лидерства». Правлением БелООМС была организована подписка на российские и белорусские медицинские издания (журналы «Медицинские знания», «Главная медсестра», «Медицинская сест-

ра», «Мир медицины») для членов БелООМС из отдаленных районов. Деятельность БелООМС освещалась в информационном бюллетене БелООМС «Сестринский курьер». Был создан видеофильм о МС Беларуси. Информационная деятельность БелООМС была направлена на издание и распространение по ОЗ Республики Беларусь материалов научно-практических конференций и семинаров. «Размышляя над тем, как добиться больших перемен, мы не должны игнорировать мелкие, подвластные нам, ежедневные изменения, которые со временем внесут свой вклад в грядущее, предвидеть которое нам нередко не под силу», – писала Marian Wright Edelman, защитница прав детей.

В истории Международного дня МС известна дата – январь 1974 г., когда МС милосердия из 141 страны мира создали свой профессиональный Международный совет, находящийся в официальных отношениях с ВОЗ с 1948 г. Праздник удостоился звания Международного дня медицинской сестры в честь дня рождения Ф. Найтингейл – женщины, вошедшей в историю как организатор первой в мире группы МС.

В обучении МС современности актуален девиз: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща», провозглашенный в 2015 г. на I Международной министерской конференции ВОЗ (Минск) [эл. рес. 22]. Образование составляет основу того, что осуществляется руками медицинских работников – качества медицинской помощи для всех через достижение цели здравоохранения: реализации политики ВОЗ Здоровье-2020 и выполнение ЦУР с помощью принципа охвата всех этапов в жизни человека [эл. рес. 22, 23].

Развитие сестринского дела Беларуси в XX веке

I. 1920-е годы

1920 г. – Наркомздрав РСФСР утвердил план обучения и программы школ МС милосердия. Задача: «подготовить ухаживающий персонал у постели больных, умелый, добросовестный, правильно понимающий свою роль в жизни лечебного заведения».

1922 г. – школы МС милосердия переданы в систему Наркомпроса.

1927 г. – принято «Положение о медицинской сестре».

1922 г. – I Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию обсудила место сестры для лечебных учре-

ждений; в охране материнства и детства; для социальной помощи. МС не должна быть механическим исполнителем назначений врача.

1926 г. – II Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию приняла решение о создании медицинских техникумов с едиными сроками обучения (акушерка – 3 года, сестра – 2,5 года). Появление МС по социальной помощи, охране материнства и младенчества.

1926 г. – Совнарком БССР принял постановление «Об утверждении положения о профессии работника медицинского персонала и борьбе с незаконным лечением». Перечень медицинских специальностей включает врача, зубного врача, фельдшера, акушерку, фармацевта, МС для лечебных учреждений.

II. 1930-е годы

1930 г. – руководство средним образованием передано в ведение Наркомздравам республик СССР. Причина – «нехватка» персонала: подготовка по ускоренной программе санитарки в медсестру;

1932 г. – открытие вечернего отделения медицинских техникумов, двухгодичного обучения; узкая специализация (на лаборантов, рентгенотехников, помощника санитарного врача).

1936 г. – принятие постановления СНК СССР «О подготовке средних медицинских зубоврачебных и фармацевтических кадров». Введена единая система и сроки среднего медицинского образования в СССР; медицинские техникумы преобразованы в медицинские школы. Сроки обучения для фельдшера и зубного врача – 3 года, акушерки и медсестры – 2 года, лаборанта и зубного техника – 1 год.

1930-е годы и годы после окончания войны – курсы санитарно-оборонной подготовки и переподготовки (Общества Красного Креста). В 1933 г. введено положение «Готов к санитарной обороне».

III. Годы Великой Отечественной войны (1941-1945)

Наряду с огромными потерями бойцов Красной Армии безвременно ушли из жизни 85 тыс. молодых, сильных, энергичных медицинских работников, включая 5 тыс. врачей, 9 тыс. средних медицинских работников, 23 тыс. санитарных инструкторов, 48 тыс. санитаров и санитаров-носильщиков (продолжительность

жизни которых на поле боя составляла 40 мин!) [24].

17 МС удостоены звания Героя Советского Союза; 19 – награждены орденом Славы трех степеней. За 1946-1950 гг. подготовлено 11788 средних медицинских работников (88,8% плана). Выпуск 1950 г. составил 51,6% уровня 1940 г. [2, 11, 25].

IV. 1950-1990-е годы

1946 г. – введены новые учебные планы.

1953 г. – медицинская школа преобразована в медицинское училище с едиными сроками и широким профилем профессий, начата специализация МС по физиотерапии, МС для яслей и детских садов, по анестезиологии, хирургии, массажу и ЛФК.

1960-е г. – двухступенчатое медицинское обслуживание, обучение уходу за тяжелобольными специалистов – младших медицинских сестер.

1955-1965 гг. – в медицинских школах действовали заочные отделения, а с 1968 г. – вечерняя форма обучения.

1950-е г. – открытие курсов повышения квалификации при больницах (г. Бобруйск, 1956; г. Пинск, 1959; в России с 1965 г.).

1963 г. – приказом Минздрава СССР № 395 утверждена должность главной МС.

1977 г. – приложением № 45 к этому приказу утверждена должность старшей МС.

1979 г. – открытие первого училища повышения квалификации в г. Минске. (в России в 1981 г.).

2009 г. – появление профессии Пвр [13,18].

V. Республика Беларусь

В независимой Республике Беларусь (с 27 июля 1990 г.) происходит интенсивное развитие всех сфер государственной деятельности, включая совершенствование медицинского базового и дополнительного образования. В настоящее время функционирует 17 медицинских колледжей, Центр переподготовки и повышения квалификации в г. Барановичи, сестринский факультет в ГрГМУ (1991 г.), где с 1996 г. введена заочная форма обучения, БелМАПО.

1991 г. – открытие первого сестринского факультета (ГрГМУ), первый заведующий факультетом и кафедрой д.м.н. проф. Тищенко Е.М.

2001 г. –повышение квалификации «Организация сестринско-

го дела» кафедры ОЗиЗ БелМАПО (куратор к.м.н. доц. Матвейчик Т.В.). На нем создана педагогическая, научная и учебно-методическая база для дополнительного образования главных МС согласно научной школе по общественному здоровью и здравоохранению д.м.н. проф. Э.А. Вальчука.

2002 г. – введена должность заместителя главного врача по работе со средними медицинскими работниками (высшее сестринское образование); отменена должность (специальность) зубного врача – зубного фельдшера.

2019 г. – открытие Университетской клиники в г. Гродно по инициативе члена-корреспондента НАН, д.м.н. проф. Снежицкого В.А., ставшее заметным явлением в медицинском образовании и его практической направленности.

Совершенствование базовой подготовки, пути дальнейшего повышения профессионального мастерства специалистов со средним специальным медицинским образованием

Базовая подготовка специалистов со средним специальным медицинским образованием в Республике Беларусь, дальнейшее повышение их квалификации осуществляются в 16 медицинских колледжах по 175 программам продолжительностью 40-80 ак. ч. Главные (старшие) МС проходят обучение на кафедре ОЗиЗ БелМАПО и повышении квалификации медицинских колледжей, на переподготовках образовательные программы для взрослых по профилю «Здравоохранение» реализуются в ГУО «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов».

Справочно. За период 2001-2019 гг. очную форму обучения в ГрГМУ прошли 473 чел., заочную – 632 чел. Повышение квалификации за 2001-2019 гг. в БелМАПО закончило 3,8 тыс. главных (старших) медицинских сестер. Согласно потребности практического здравоохранения и рекомендациям ВОЗ увеличен объем целевого набора в медицинские колледжи с 47 до 56%. Возрастает интерес к профессии, о чем свидетельствует увеличение конкурса при поступлении в колледжи с 1 до 4,6 чел. на место.

Актуальным для Республики Беларусь является совершенствование качества медицинской помощи населению за счет новых форм в рамках института ВОП и его команды. Особые качества следует развивать у МС патронажной из команды ВОП для

совершенствования ее функций в «Школе опеки» как мосте участия общества в качестве жизни пациентов на дому, а также содействие ЗОЖ посредством сестринской педагогики Пвр и МС в форме «Школы пациента» [8,11,15, 28].

Проблемы взаимодействия в команде, партнерства и лидерства для МС были недостаточно отражены в существующих ранее программах, в этой связи проведено углубленное изучение действующих учебных программ учреждений образования, обеспечивающих получение среднего специального медицинского образования в двух медицинских колледжах г. Минска. Также вопрос изучен в системе дополнительного образования взрослых на кафедре ОЗиЗ (курс «Организация сестринского дела»), кафедре общей врачебной практики БелМАПО за период с 2005 по 2011 г.

Командный подход в практике оказания медицинской и медико-социальной помощи используется в обучении в колледжах недостаточно, в связи с чем нуждается в более полном включении этих вопросов в новых программах. Люди, имеющие общую цель, действующие в одном направлении, достигают желаемых результатов быстро, четко и легко.

Справочно. Статистика работы в команде за 2016 г. свидетельствует о том, что всего в г. Минске и областях Республики Беларусь работало в команде врач – Пвр – МС – 785 бригад, из них в Брестской области – 46; Витебской области – 131; Гродненской области – 21; Гомельской области – 41; г. Минске – 45; Минской области – 356; Могилевской области –145 команд.

Современные требования к качеству предоставления помощи пациенту в системе ПМП содержат такие элементы, как преемственность и командный подход. В связи с этим в обучающих программах целесообразно отражение понятия команды медицинских работников, цели, задачи, пути взаимодействия нескольких медицинских и (или) социальных работников с одним и тем же пациентом. Данный подход нуждается в применении в системе дополнительного образования взрослых в связи с возрастающей потребностью практического здравоохранения во взаимозависимой скоординированной работе медицинских работников разных специальностей, объединенных единой целью. Например, это касается деятельности в системе паллиативной

медицины, становления института ВОП и наполнения актуальным содержанием профилактической деятельности Пвр. Эффективная работа ВОП неполноценна без предоставления большей самостоятельности средним медицинским работникам и вне работы в команде на принципах партнерства, создания эффективных механизмов интеграции и взаимодействия системы «врач общей практики – Пвр, МС – пациент» в ОЗ.

Применение новой технологии труда в форме сестринского процесса приобретает особое значение в системе ПМП для повышения качества медицинской помощи пациенту, что апробировано 40-летним опытом в развитых странах (Финляндия, Швеция). Тенденцией развития здравоохранения Республики Беларусь является использование внутренних резервов при имеющемся кадровом дефиците врачей и медицинских работников со средним специальным образованием для обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи (коэффициент совместительства составляет 1,23 на протяжении ряда лет).

В процессе исследования установлены темы прямого обучения: понятие команды медицинских работников; основные функции управления в команде; делегирование; эффективное поощрение инициативы; развитие чувства команды; принципы подбора работников. Темы косвенного обучения: лидерство в медицинском коллективе; организация, мотивация, делегирование полномочий; функциональные обязанности главной медицинской сестры и среднего медицинского работника (Пвр, фельдшера, акушерки, МС); основы делового общения с пациентами разного вида; стратегии и тактики разрешения конфликтов на рабочем месте; обязанности социального работника, психолога в организации здравоохранения; обеспечение безопасной рабочей обстановки; коммуникативные навыки в установлении контакта с пациентом; особенности взаимодействия с «трудными» пациентами; технология разрешения конфликтов.

Всего проанализировано 22 действующие учебные программы, из них: 6 – в системе дополнительного образования взрослых, 16 – в учреждениях образования, обеспечивающих получение среднего специального медицинского образования. Для сравнения, осуществлен анализ программ БОКК и для системы пенитенциарной медицины, в которых командный подход пред-

ставлен в объеме от 18,5 до 20%. Учебные программы Белорусского и Минского государственных медицинских колледжей содержат определенные элементы обучения взаимодействию в команде «врач - МС - пациент - социальный работник». Так, в учебных программах «Охрана репродуктивного здоровья» и «Основы семейной медицины» несколько разделов посвящены анализируемой проблеме и в целом отражают ее суть в объеме 44 и 70 ч. С учетом 1 года и 10 мес. обучения этого объема сведений, на наш взгляд, недостаточно. Проанализировано соответственно 5 и 11 учебных программ в 2 указанных колледжах.

Учебные программы курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ для главных (старших) МС регламентируют содержание и организационно-методологические подходы к повышению квалификации организаторов сестринского дела (с 2001 г.) и Пвр (с 2011г.). За анализируемый период были разработаны и утверждены следующие программы: «Управление сестринским процессом в больничных организациях»; «Управление сестринским процессом в амбулаторно-поликлинических организациях»; «Организация работы команды медицинского персонала»; «Этика в сестринском деле: современные аспекты». Программы ПК продолжительностью 80 академических часов отражают основные аспекты деятельности главных (старших) МС и Пвр в организации работы по оказанию ПМП. Практические занятия составляют до 70% учебного времени и включают разнообразные вопросы. Это лидерство в медицинском коллективе; организация, мотивация, делегирование полномочий; функциональные обязанности главной МС; обеспечение безопасной рабочей среды; основы делового общения с пациентами разного вида; стратегии и тактики разрешения конфликтов на рабочем месте; основы сестринской педагогики в формировании здорового образа жизни населения; принципы управления рабочим временем.

В анализируемых программах для ВОП и Пвр необходимо сочетание личностных характеристик участников команды по обучению работе в едином коллективе, что в предыдущих учебных программах 2001-2005 гг. было представлено недостаточно.

Средние медицинские работники должны быть полноправными участниками профилактических программ и профессио-

нально владеть вопросами ухода за пациентами на дому. В этой связи целесообразно проведение совместного обучения по вопросам взаимодействия в команде средних медицинских работников (Пвр, акушерки, МС) с ВОП. Такая подготовка с интерактивным методом обучения значительно повысит эффективность работы команды, что должно отразиться на повышении качества жизни населения.

Анализ учебных программ МС на базовом и дополнительном уровне образования свидетельствует о том, что в программах было предусмотрено недостаточное проведение практических занятий, в которых содержатся темы прямого и косвенного обучения взаимодействию в команде «врач - МС - пациент - социальный работник», с преобладанием тем прямого обучения, что устранено в действующих программах. Система непрерывного медицинского образования с использованием механизма накопления баллов и дистанционного обучения для специалистов со средним медицинским образованием является актуальной для нашего времени.

Рекомендации МСМС и кампании «Сестринское дело сегодня» на период 2018-2021 гг., резолюции международных организаций и ВОЗ на протяжении двух десятилетий определяют направления обучения руководителей сестринского дела, используемые в учебных программах БелМАПО.

Повышение качества образования главных (старших) МС в БелМАПО базируется на обновлении содержания медицинского образования, адаптации к потребностям практического здравоохранения, создании условий для самостоятельной работы и укреплении материально-технической базы, внедрении элементов дистанционного обучения и постоянном повышении квалификации профессорско-преподавательского состава.

Анализ литературных и научных источников, а также устный опрос главных МС из всех регионов Республики Беларусь позволяет определить проблемы базовой подготовки сестринских кадров и несовершенство структуры управления сестринским делом. Это, в свою очередь, вызывает необходимость:

- Проработки вопроса о целесообразности возвращения по окончании колледжа прохождения государственной практики МС на первом рабочем месте с целью большей практической

ориентированности.

- Обеспечения дальнейшей унификации между медицинскими программами базового и последипломного обучения за счет преемственности и сотрудничества учреждений образования и организаций здравоохранения.
- Рассмотрения целесообразности введения должности главного штатного специалиста по организации работы медицинских работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием в структуру областных комитетов по здравоохранению. Изменение структуры управления сестринским делом на уровне областных комитетов по здравоохранению оптимизирует деятельность средних медицинских работников, будет способствовать развитию лидерства, росту влияния средних медицинских работников на принятие решений в области сестринского дела.
- Обоснования для введения должности главного штатного специалиста по организации работы медицинских работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием областных комитетов по здравоохранению: невысокий уровень представительства на стратегическом практическом и научном уровнях управления (табл. 3.1) не способствует оптимальному руководству деятельностью средних медицинских работников, ограничивают право на принятие решений и лидерство.

Таблица 3.1. Удельный вес ответственного должностного лица согласно уровню управления в сестринском деле в Республике Беларусь за 2019 г.

Уровень управления	**Должностное лицо**	**Доля в системе организации (%)**
Стратегический практический	Главная МС	0,21
Стратегический научный	Основная должность в научных организациях, в учреждениях образования, в аппаратах органов управления здравоохранением	0,3
Тактический	Главная МС	0,54
Операционный	Заведующий отделением (кабинетом)	1,57

	Старшая МС, акушерка, Пвр	5,1

• Внедрения практики фиксирования непрерывности обучения МС накопительными баллами за период между курсами ПК в образовательных учреждениях, как это осуществляется в ряде государств (Российская Федерация, Казахстан, Латвия, Финляндия, Грузия и др.).

• Применения более современных образовательных технологий (симуляционное обучение, деловые игры, учебные видеоролики).

• Пересмотра сроков подготовки сестринских кадров (необходимость увеличения сроков базового обучения МС с 1 г.10 мес. до 2 лет 6 мес.), в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2020). Это обусловлено возрастанием объема новой медицинской информации, необходимой для ознакомления, закрепления и применения на уровне знаний – умений – навыков обучающимися колледжей (в европейском регионе указанный срок обучения составляет 3 г.).

• Ликвидации диспропорции в обеспеченности медицинскими кадрами территорий (мотивация жильем и кредитами).

• Изучения вопроса подготовка МС общей практики. При необходимости ввести соответствующие предложения по продлению срока базового обучения на 0,5 года (до 3,5 года).

• Устранения проблемы послевузовской стажировки и оптимизации системы повышения квалификации для главных МС (введение 1 раз в год в БелМАПО ПК продолжительностью 1 мес. (160 ак. час.) для главных МС, вышедших их отпуска по уходу за ребенком).

Обоснованием для увеличения продолжительности ПК для главных МС могут служить: средний возраст – 41 год, в отпуске по уходу за ребенком находится 8,9%, следовательно, необходим курс продолжительностью 1 мес. (160 ак. ч), который восполнит дефицит знаний МС в течение 3-6 мес. после выхода из отпуска.

• Изменения соотношения врач: МС (в мире врач: МС – 1:4, 1:5; в Республике Беларусь – 1:2, 3).

• Упорядочение медицинских сестринских должностей, специальностей (специализация).

• Пересмотр нормирования труда МС созданными специа-

лизированными структурами (лабораториями) с приданным материально-техническим и нормативным правовым обеспечением.

Выработке положительной мотивации к постоянному повышению своего профессионального мастерства, карьерному росту кадров со средним специальным медицинским образованием будет способствовать и включение дополнительных требований к квалификационным характеристикам должностей главных (старших) МС, обусловленные динамикой развития менеджмента в области общественного здравоохранения и сестринского дела. В этих целях целесообразно:

На должность старшей МС следует назначать специалистов с квалификационной категорией не ниже II и стажем практической деятельности не менее 3 лет.

На должность главной МС АПО – специалистов с квалификационной категорией не ниже I и стажем практической деятельности не менее 5 лет.

На должность главной МС БО – специалистов с квалификационной категорией не ниже I и стажем практической деятельности не менее 7 лет.

На должность главной МС РНПЦ – специалистов с высшей квалификационной категорией, стажем практической деятельности не менее 7 лет, опытом ведения научных исследований, с ученой степенью магистра, знанием иностранного языка и информационных технологий. Им необходимо подтверждение квалификационных категории на ПК вузов с последующей сдачей экзамена 1 раз в 5 лет.

Продолжить использование опыта Республиканской практической школы ВОП в секции по практическому обучению Пвр и МС отдельным практическим навыкам для работы в КМП.

Более активно тиражировать опыт в области сестринского образования через БелООМС в сотрудничестве с Белорусской ассоциацией врачей.

Резюме. Существовавшие в середине прошлого века проблемы высшего сестринского образования назревали постепенно, но последовательно решались. Так, приказом Госкомитета СССР по народному образованию от 28.06.1991 г. № 313 специальность «Сестринское дело» включена в перечень специальностей высших учебных заведений. Специальность с

шифром 040600 «Сестринское дело» была определена Комитетом по высшей школе Министерства науки, высшей школы и технической политики Российской Федерации в качестве одного из четырех направлений высшего образования в области здравоохранения России (приказ от 20.07.1992 № 459).

Прогрессивным было выделение профессии главной МС (приказ Министерства здравоохранения СССР от 31 июля 1963 г. № 395) и старших МС (приказ Министерства здравоохранения СССР от 20.01.1977 г. № 45), которых наделили новыми функциями по организации труда МС и межведомственному взаимодействию.

Перед вузами, приступившими к обучению специалистов нового профиля, была поставлена стратегическая цель – подготовить квалифицированные педагогические и управленческие сестринские кадры, способные на высоком профессиональном уровне решать задачи развития отрасли здравоохранения на основе принципов научного управления, рационального использования ресурсов, технологического совершенствования, реализации и развития кадрового потенциала, осуществленные в Республике Беларусь [3,13,15].

Ориентированное в большей мере на человека или группу людей (семью, коллектив, общество), чем на болезнь, сестринское дело возлагает обязанности по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, уходу, реабилитации, облегчению страданий на МС. В связи с этим современный специалист должен иметь серьезную теоретическую подготовку, подкрепляемую практическими навыками. Сроки обучения МС сестер в разных государствах колеблются от 3 до 5 лет (Республика Польша, Российская Федерация) и включает 2 года продвинутого курса обучения в магистратуре и специализацию [15,16, 26].

Несмотря на принятие приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь (от 6 апреля 1993 г. № 59, дополнение к нему от 27 апреля 1995 г. № 55, дополнение к первому от 12 января 1996 г. № 8) о должностях, которые могут занимать МС с высшим образованием, их профессиональный статус окончательно не был оговорен. Диплом содержал вкладыш с перечнем должностей, утвержденный ректором вуза.

В настоящее время диплом содержит запись о подготовке по специальности «Сестринское дело» с присвоением квалификации «МС с высшим образованием».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 октября 2004 г. № 231 «О перечне специальностей и квалификаций высшего и среднего специального образования» дает право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью и определил перечень должностей, которые могут занимать выпускники сестринского факультета [13,15].

Качество обучения во многом зависит от нормативной базы, в связи с ее совершенствованием в 1998 г. ГрГМУ разработан образовательный стандарт первого поколения по специальности «Сестринское дело, введенный в 2000 г. Согласно приказу Министерства образования Республики Беларусь от 4 мая 1998 г. № ТД-472-тип были утверждены типовой учебный план и учебные программы.

В 2000 г. на факультете медицинских сестер с высшим образованием ГрГМУ сформирован его Совет, учебно-методическая комиссия и Совет студенческого самоуправления, согласно Болонскому процессу (см. глоссарий). В декларации изложен Четвертый фундаментальный принцип декларации (свободы предлагать образование, которое учит уважать великую гармонию природы и самой жизни) Великой хартии европейских университетов, принятой в 1988 г. в г. Болонье [27].

Творческое осмысление мировых педагогических инноваций в области базового и дополнительного образования медицинских сестер привело к появлению в Республике Беларусь специалиста нового типа – Пвр. Эта специальность введена постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 15 января 2009 г. № 9 «О внесении изменений в выпуск 25 Единого квалификационного справочника должностей служащих, как и в общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих» (ОКРБ 006-96)», а также постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 18 июля 2012 г. № 80 «Об утверждении выпуска 25 Единого квалификационного справочника должностей служащих и об отмене некоторых постановлений Министерства труда

Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и их структурных элементов». Отмечена выраженная динамика появления этого специалиста в системе здравоохранения страны: с 62 должностей в 2009 г. до 1488 в 2015 г., в 2019 г. – 2697.

Это позволило достичь определенного медико-социального и экономического эффекта [28, 29], ибо еще в XIX в. профессор медицины М.Я. Мудров считал, что «долг каждого врача – взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней... предписывать им надлежащий образ жизни, ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить».

Литература

1. Мирский, М.Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) /М.Б. Мирский, Е.М. Тищенко, Н.Е. Хильмончик. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 160 с.

2. Тищенко, Е.М. История здравоохранения Беларуси в XX веке: монография /Е.М. Тищенко. – Гродно, 2001. – 154 с.

3. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И. Жарко [и др.]. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.

4. Максвелл, Дж. Мотивация решает все /Дж. Максвелл. – Минск: Попурри, 2009. – 160 с.

5. Светлович, Т.Г. История сестринского дела: учеб.-метод. пособие /Т.Г. Светлович. – Минск: БелМАПО, 2003. – 38 с.

6. Островская, И.В. Основы сестринского дела: учебник/ И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

7. Сорокина, Т.С. История медицины. – Изд. 3-е, перераб. и доп. /Т.С. Сорокина. – М., 2004. – 384 с.

8. Развитие сестринского дела: Укрепление сестринского дела и акушерства в поддержку стратегии достижения здоровья для всех. – Копенгаген: ВОЗ, Европ. регион. бюро, 1995.

9. https://kratkoe.com/florens-naytingeyl-biografiya/ Кратко обо всем © kratkoe.com – Дата доступа 10.12.2018

10. Архив национальной библиотеки г. Минск/ Отчет Могилевской центральной повивальной школы 1901. – С.37-40.

11. Тищенко, Е.М. Общественное здоровье и здравоохранение /Е.М. Тищенко, Г.И. Заборовский. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 170 с.

12. Дымбовецкий, А.С. Опыт описания Могилевской губернии / А.С. Дымбовецкий. – Могилев: Амелия принт, 2011 г. – Т.2. – С. 458-460.

13. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.

14. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров: доклад ВОЗ. – Копенгаген, 2020. – 16 с.

15. Матвейчик, Т.В. Теория сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2016. – 366 с.

16. Перфильева, Г.М. Сотрудничество России с ВОЗ в области сестринского дела: новая европейская политика: «Здоровье-21» / Г.М. Перфильева //Мед. сестра. – 2000. – № 3. – С. 43-46.

17. Матвейчик, Т.В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестринского дела) [Электронный ресурс]: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, С.Ф. Новицкая ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: РНМБ, 2012. – 64 с. – Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvim.pdf.

18. Матвейчик, Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук; под ред. проф. Э.А. Вальчука. – Минск: БелМАПО, 2009. – 216 с.

19. Организация работы Совета сестер: инструкция по применению, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 28.03.2003 г., рег. № 056-0703/ Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2003.

20. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество: инструкция по применению, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 02.03.2006 г., рег.№ 9-0105/ Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2006.

21. Делопроизводство в работе медицинской сестры-организатора: справ. изд. /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2014. – 179 с.

22. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/plf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf. по состоянию на 29 марта 2013 г.).

23. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2017/. – Дата доступа: 22.10.2017.

24. Петрова, И.А. Медики в Сталинградской битве / И.А. Петрова, Е.В. Комиссарова //История в подробностях. – 2012. - № 8(26). – С. 68-77.

25. Слесарчук, А.А. Медицинская служба РККА: готовность и война/ А.А. Слесарчук. – М., 2015.

26. Совещание главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ. Цели и задачи, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. – ВОЗ: Европ. регион. бюро.

27. Болонский процесс как путь модернизации системы высшего образования Беларуси / С.С. Ветохин [и др.]; науч. ред. А.В. Лаврухина. – Минск: Медисонт, 2014. – 68 с.

28. Матвейчик, Т.В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.

29. Тищенко, Е.М. История медицины в XX веке: монография /Е.М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2002. – 444 с.

Глава 4. Прообраз семейного врача на примере лейб-медиков в истории медицины XVII-XIX вв.

Высшей формой организации медицинской помощи в царской России стал институт врачей – лейб-медиков, начавший развитие с XIII в. при царе Иване IV Грозном. Придворная медицина до развития института лейб-медиков (семейных врачей) базировалась на работе Аптекарского приказа и других учреждений «по управлению делами благочиния». Наибольшего развития институт лейб-медиков достиг к концу XIX в., он связан с именами знаменитых врачей дома Романовых: Монсеем Я.Ф., Арендтом Н.Ф., Енохиным И.В., Боткиным С.П., Здекауэром Н.Ф., Вельяминовым Н.А., Маламой Б.З., Боткиным Е.С. Имя последнего царского врача стало особенно ярким примером подвижничества и врачебного долга. В ходе совершенствования оказания помощи членам царской семьи придворная медицина прошла ряд этапов развития [1-2].

Этапы придворной медицины в XVII-XIX вв.

1-й этап (XVII в.) – забота о здоровье государя, лишь позже – о членах семьи и бояр; создание медицинской службы армии; зачатки государственной медицины.

2-й этап (XVIII в.) – укрепление российской государственности, расширение сферы деятельности, централизованного органа управления здравоохранением (Медицинская канцелярия, Медицинская коллегия). Особенностью было, что наряду с тем, что лейб-медики были личными врачами государей, они одновременно являлись руководителями всей медицинской администрации России.

3-й этап (XIX в.) – децентрализация управления медицинским делом в России, появление ведомственных медицинских установлений. Утрата привилегированного положения придворной медицины, но распространение влияния на чины придворных ведомств: на Государственную канцелярию, Кабинет Его Величества, Дворцовое ведомство, Эрмитаж, Академию художеств, Дирекцию императорских театров, Певческую капеллу, Департамент уделов, Капитул орденов и пр.

К профессиональным обязанностям лейб-медиков предъявлялись высокие требования, что предусматривало тщательный от-

бор будущих претендентов на должность. Типичными особенностями были врачебные династии, как, например, семьи Боткиных и др. Врачи с высочайшей врачебной квалификацией часто происходили из семей медиков, что определяло ранний и осознанный выбор профессии. Будущие лейб-медики проходили усовершенствование в лучших зарубежных клиниках и лабораториях, поддерживали тесные связи с выдающимися зарубежными коллегами. Принадлежность к петербургскому медицинскому сообществу оказывало влияние на общий высокий уровень врачебной и человеческой культуры. Помимо прочего, лейб-медики отличались крепким здоровьем и достоверно высокой продолжительностью жизни, наглядно демонстрируя приверженность к здоровому образу жизни (чаисты и простоквашисты). Высокий уровень культуры и профессиональные качества лейб-медиков способствовали тому, что им удавалось бесконфликтно решать сложные вопросы взаимоотношений с больными людьми из разных эшелонов власти в России, чему содействовали:

1. Ролевая функция врача лейб-медика в общении с членами царского двора.
2. Наличие типичных черт врача всех эпох: сдержанности и осторожности в медицинских заключениях, формулировках; успокоительный, нередко ласковый тон речи; умение адекватно реагировать на требования лиц из высшего света.
3. Особые черты индивидуальных потребностей и мотивов поведения, отражающихся на образе их жизни.
4. Тесное общение с августейшим семейством и полное доверие царской семьи к персоне врача.

Высокие требования к личности врачей, получивших звание лейб-медиков, сочетались с наделением их значительными полномочиями.

Полномочия лейб-медика в Российской империи

- Лечение обставлено сложными формальными процедурами, каждое мнение придворного врача фиксировалось в протокол с их подписью;
- подача в Аптекарский приказ подробного письменного заключения о диагнозе каждого пациента;
- чрезвычайные меры предосторожности («каждому дохтуру и аптекарю того лекарства надкушать, а как великие государи то

лекарство изволят принять, и тогда дохтуру, в коем месте ему велят, указу ожидать, пока благое действие того лекарства совершится»);

- ежедневно являться в Аптекарский приказ «с поклоном к боярину» и с вопросом: «Нет ли дела?». Иногда – произвольное безделье.

Более полно полномочия и требования к придворному врачу в Российской империи представлены на примере лейб-медика-консультанта Н.Ф. Здекауэра.

- При выборе кандидата на должность лейб-медика вопрос национальности не имел значения, а вопрос вероисповедания имел, преобладали лица, принадлежавшие к разным ветвям христианской конфессии.
- Официально им не разрешалось применять опыт в отношении лиц, не принадлежащих к царской фамилии, однако на практике лейб-медики имели частный прием и лечебную практику в медицинских учреждениях на бесплатной основе.
- Обязательное сочетание занятий научно-педагогической, исследовательской и редакторской деятельностью, работа в различных научных обществах, конференциях и съездах.
- Являлся совещательным членом Медицинского совета; консультантом Максимилиановской лечебницы, членом комиссий по общественному здравию, по вентиляции, составлению новой фармакопеи, по преобразованию военной медицины, пересмотру военно-медицинского каталога, выработке нового устава Медико-хирургической академии, составлению академического каталога, оспопрививанию, по назначению пенсий при Медицинском совете; член Общества немецких врачей, Пироговского ферейна, совета Человеколюбивого общества; консультантом Мариинского института, 3-й классической гимназии, Императорского училища правоведения, цензором «Медицинской библиотеки» [1].

Следует отметить, что труд придворных врачей высоко ценился, что отражено в особенностях материального обеспечения врачебной деятельности в XIX в.:

- жалование составляло 200 руб. в год (корова в то время стоила 5 руб.);
- хлебная провизия на прокормление себя, семейства и при-

слуги;

- 16 возов дров, 4 бочки меду, 4 бочки пива, 1,5 кварт водки и уксуса, всякий день сторону свиного сала;
- от всякого обеда царские подачки и всякий месяц 12 руб. на закупку свежей столовой провизии;
- 5 отличных лошадей, по 1 коню, «чтобы летом каждый день отправляться в Кремль и по аптекам», 2 лошади для супруги доктора «съездить в церковь», 1 лошадь для привоза воды, зимой 1 лошадь для саней;
- поместье с 30-40 крестьянами;
- единовременное вознаграждение: «Когда дадут лекарство и оно подействует хорошо, каждый получает подарок кусок камки или бархату на кафтан, или прекрасных 40 соболей» [1].

Уважительное отношение общества к труду врачей сохранялось до начала XX в. Например, в дореволюционной Беларуси [3] виден значительный разрыв в оплате труда врача и других специалистов (рис.1).

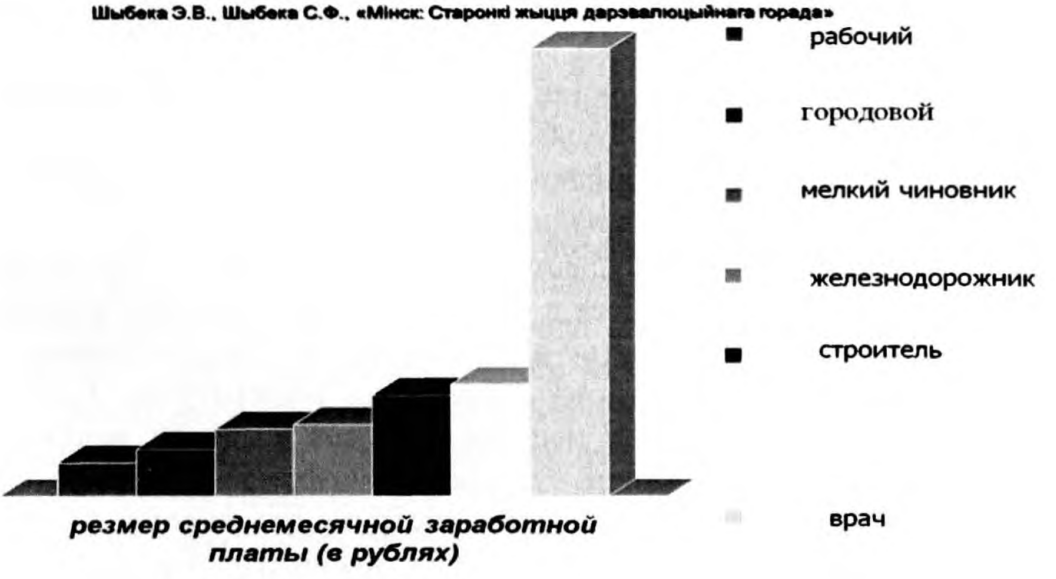


Рис.1. Соотношение заработной платы различных категорий населения в дореволюционном Минске (начало XX в., Российская империя)

Между тем, не положительная оценка труда, а истинное высокое служение идеалам гуманизма двигало действиями лейб-

медиков. Остановимся на некоторых именах знаменитых врачей на службе дома Романовых [1-2].

Благотворительность лейб-медиков как пример нравственности и долга врача Российской империи

Эрскин (Арескин) Роберт Карлович (1677-1718) – доктор медицины и философии, первый архиатр и президент медицинского факультета в Российской империи, лейб-медик Петра Великого, действительный статский советник, доктор медицины и философии Оксфордского университета, член Парижской академии наук.

Заслуги Эрскина (Арескина) Р.К.:

- сопровождал императора во всех его поездках по России и за рубеж; нанимал врачей и аптекарей, определял им жалование; осуществлял надзор за госпиталями, аптеками и медико-хирургическим школами;
- участвовал в закладке Ботанического сада (аптекарского огорода), расширял аптечное дело, нанимал на службу врачей и аптекарей;
- основал Кунсткамеру;
- составлял Военный устав, которым впервые в России была учреждена военная медицинская служба;
- открывал Адмиралтейский госпиталь в Санкт-Петербурге, положил начало флотской медицинской службе;
- благотворитель: осуществил пожертвования – деньги и драгоценности, хранившиеся в столице – нуждающимся семьям; имение в Паколе – семейству династии врачей доктору Блюментросту-младшему, известному бедностью; императрице Екатерине II он завещал ценные полотна, кружева и посуду; великой княжне Елизавете Петровне – имение Гостилицы; «все курьезные вещи и медали и все другие инструменты никому, кроме царского величества, моего всемилостивейшего государя, не представлять, соизволит ли он всемилостиво оные себе купить, которые деньги раздать в сиротские дома, госпитали и богадельни в Шотландии». Петр I купил также библиотеку Р.К. Эрскина, более 4 тыс. книг, в т.ч. 1028 медицинских работ были переданы в Академию наук.

Монсей Яков Фомич (1700-1773) происходил из семьи купца в Шотландии. Первоначальное медицинское образование и ме-

дицинскую практику получил на родине, в 1736 г. поступил на русскую службу, подписав трехлетний контракт. В России Монсей Я.Ф. служил лекарем Санкт-Петербургского адмиралтейского госпиталя, затем врачом в армии фельдмаршала Б.К. Миниха на Украине. В результате возникшего денежного недоразумения с Медицинской канцелярией Монсей Я.Ф. в 1740 г. покинул Россию и переехал во Францию, где защитил диссертацию, получив в университете Реймса степень доктора медицины. В 1741 г. он возвратился в Россию и, успешно сдав положенный экзамен в Медицинской канцелярии, был принят на государственную службу сначала врачом корпуса, а затем всех русских войск в Финляндии, врачом 1-й Московской дивизии. В Москве Монсей Я.Ф. служил вначале военным, а потом гражданским врачом. В этом качестве он заслужил почет и уважение своих пациентов, а Медицинская канцелярия выразила ему свое «удовольствие» за добропорядочное исполнение его должности. 29 сентября 1760 г. Монсей Я.Ф. был назначен лейб-медиком и пожалован чином действительного статского советника. По мнению его знаменитого друга Наполеона Бонапарта, «Монсей был человеком чести». Судя по выдержке из письма Я.Ф. Монсея, его девизом были: «Самоотверженность, верность своему долгу, своей стране, и будь что будет».

Заслуги Монсея Я.Ф.:

- особое внимание уделил совершенствованию военно-медицинской службы, составлявшей основную часть государственной медицины в России, в 1762 г. представил императору Петру III доклад «О приведении управления медико-хирургических и аптекарских наук, яко самонужнейшее для пользы общества дело, в лучшее состояние». Одновременно им был представлен «План о рангах принадлежащих Его Императорского Величества к медицинскому факультету чинов». Император согласился со всеми предложениями и наложил резолюцию: «Быть по сему». На основании этих предложений Я.Ф. Монсея указом Правительствующего сената почти весь «медицинский факультет» России получил более высокие чины и прибавки к жалованью;
- составил «Наставление служащим в полках, во флоте и других командах лекарям, как поступать при отправлении своей должности», которое должно было заменить устаревшие меди-

цинские разделы «Воинского устава» Петра I. Особое внимание обращалось на обязательное и тщательное ведение «лазаретных книг» и «скорбных листов» (т.е. историй болезней), на необходимость повышения профессионального уровня медиков. По инициативе Я.Ф. Монсея была учреждена должность главного полевого доктора армии;

- уделял много внимания гражданскому здравоохранению: он предлагал, помимо городовых врачей, иметь еще и губернских, и провинциальных докторов, или ланд-физиков. Это предложение также было одобрено императором в высочайше утвержденном 3 июня 1762 г. докладе архиатра, однако через месяц и три дня, 6 июля 1762 г., в результате дворцового переворота император Петр III был свергнут с престола и вскоре убит заговорщиками в Ропше, что затормозило выстраивание структуры гражданского управления медициной;
- как первый лейб-медик – архиатр России, Я.Ф. Монсей следил за здоровьем императора Петра III, давал советы гигиенического характера, лечил в случае возникновения заболевания. После смерти императора Петра III от «припадка сильнейшей геморроидальной колики», как гласило официальное сообщение, доктор Я.Ф. Монсей, знавший о действительной причине его смерти и обязавшийся «хранить глубокое молчание», 22 июля 1762 г. именным указом императрицы Екатерины II был уволен якобы «по слабости здоровья». В 1763 г. уехал на родину в Шотландию, где был избран почетным членом Королевского колледжа врачей в Эдинбурге. С отставкой Я.Ф. Монсея в России закончилось архиатрство, на смену Медицинской канцелярии пришла Медицинская коллегия, руководство которой было передано в руки не медиков.

Арендт Николай Федорович (1786-1859) является представителем врачебной династии. Его отец Федор Иванович родился в Москве в 1755 г., происходил из немецких ремесленников, живших в Казани и переехавших в Россию из Пруссии в первой половине XVIII в., позднее семья приняла русское подданство. Когда родился Николай, Федор Иванович работал в Казанском адмиралтейском госпитале, позже семья переехала в Ревель, где он работал штабс-лекарем полиции, но вскоре был переведен в Москву, где стал работать на такой же должности. В этом городе

в 1801 г. открылось московское отделение Императорской медико-хирургической академии, куда был зачислен Николай Арендт и где он стал одним из первых учеников. Позже московское отделение академии было закрыто, а в 1804 г. студент четвертого курса вместе с другими товарищами был переведен в Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию, которую через год окончил и был награжден серебряным карманным набором хирургических инструментов. Имя будущего врача было занесено на мраморную доску в конференц-зале академии, где оно расположено в числе первых.

Заслуги Арендта Н.Ф.

- неутомимая энергия, забота о судьбе раненых и успешная врачебная деятельность, приведшая к продвижению по служебной лестнице: от лекаря первого класса, дивизионного врача 13-й пехотной дивизии и до штабс-доктора Первого пехотного корпуса после войны. В 1831 г. причислен к главному штабу, получив чин действительного статского советника;
- читал лекции в Сорбонне после заключения мирного соглашения, остался во Франции главным врачом русского оккупационного корпуса, его обзор операций был высоко оценен медицинскими специалистами;
- добился значительного успеха в выполнении хирургических операций, по мнению историков, за счет уникального таланта диагноста и тщательного ухода, которым он окружал больного после операции, одним из первых применял антисептическое лечение;
- известен как врач, оказавший последнюю помощь смертельно раненому на дуэли поэту А.С. Пушкину. По свидетельству очевидца событий врач, видевший много смертей на полях сражений и на болезненных одрах, отходил со слезами на глазах от постели поэта, говорил, что он никогда не видал ничего подобного, такого терпения при таких страданиях;
- после выхода в отставку посвятил себя исключительно медицинской практике, неутомимо посещая больных, некоторые из них были настолько бедны, что врачу нередко приходилось приобретать необходимые лекарства на свой счет. По свидетельству современника, Н.Ф. Арендт – самый популярный и общедоступный доктор северной столицы, его приемная была полна бедны-

ми людьми, являвшимися со всех концов Петербурга за безвозмездной врачебной помощью. Помимо основных должностных функций, Николай Федорович консультировал в Максимилиановской и в Обуховской больнице;

- ему принадлежит инициатива открытия в 1834 г. Императорской Николаевской детской больницы на 60 коек, первой в России и второй в Европе (после парижской);
- помощник медицинского инспектора, а в 1847 г. – член и медицинский инспектор Попечительского совета заведений общественного призрения в Санкт-Петербурге, в 1849 г. – тайный советник. Награжден орденами Св. Александра Невского, Св. Владимира 4-й степени, Почетного легиона и др.;
- приверженец постоянной учебы врача. Н.Ф. Арендту приписывается высказывание: «Хирург должен учиться всю жизнь», соответствующее современным тенденциям медицинского образования.

Енохин Иван Васильевич (1791-1863) – доктор медицины и хирургии, был сыном священника. В возрасте 26 лет поступил на казенный счет в Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию, окончил ее в 1821 г. с отличием, был удостоен звания лекаря I отделения и награжден серебряной медалью. Во время обучения на студента Енохина обратил внимание сам президент Академии Вилие Я.В. По его протекции молодой врач, не имевший связей и поддержки, получил назначение в Павловский, а затем в Преображенский гвардейский полк. Сопровождал императора Николая Павловича во время его поездок по России в 1827 г. и во время турецкого похода. В 1831 г. состоял в Польше при графе Паскевиче во время военных действий. За диссертацию «Tractatus de medulla spinali» (1836) признан доктором медицины. В 1837 г. ездил по миру с наследником престола. С 1849 г. – главный доктор военно-учебных заведений, с 1862 г. – главный медицинский инспектор. 12 лет состоял председателем Петербургского общества русских врачей.

Личностные качества придворного врача (на примере И.В. Енохина) были типичными для представителей лейб-медиков: «Добрая душа, неспособная на зло, и умевшая даже злых людей хоть на время делать добрее. Добродушие и гуманность преобладали в нем над всеми другими движениями души. Его добрый

взгляд и ласковая речь согревали среди неприветливого холода действительности и напоминали о совместности человеческих чувств с неумолимой служебной требовательностью. Безукоризненно-честный и неизменно-правдивый, он никогда не затруднялся оправдать в своих глазах никакую чужую оплошность, никакой дурной шаг, если видел в побуждениях или мыслях хоть капельку человечности. С нравственной стороны он был безупречен, сам был воплощением снисходительности, …не был ни искателен, ни честолюбив…, был честен и безгранично самоотвержен, свое призвание считал …долгом, мало обращал внимания на свое личное положение. Всей душой стремился принести пользу Родине и мало заботился о собственной карьере».

Заслуги Енохина И.В.:

- успешная врачебная практика и забота о здоровье Николая I, при выполнении обязанностей государя заразившегося холериной (слабой формой холеры) в Москве. Вместе с лейб-медиком Н.Ф. Арендтом принимал участие в организации карантина по поводу холеры для царя и его свиты в Твери, обеспечив полный карантин для защиты жителей от прибывшей свиты;
- особый такт при сохранении врачебной тайны способствовал получению назначения врачом к цесаревичу Александру Николаевичу – будущему императору Александру II, в течение последующих 26 лет постоянно сопровождая его в поездках по России и за границей. Оставаясь дипломатом, до конца жизни «умел хранить самые сокровенные тайны руководства страны и его окружения – состояние их здоровья, прогнозы на будущее, которые при определенных условиях могут стать оружием в борьбе за власть», почти безотлучно находился при особах двух императоров на протяжении 36 лет, что беспрецедентно в истории отечественной медицины;
- оказание полноценной хирургической помощи во время штурма Варшавы в 1831 г., когда «под пушечными выстрелами делал операции гг. штаб- и обер-офицерам и нижним чинам». Главный хирург бывшей русской армии в Польше П.А. Наранович свидетельствовал: «Старший доктор гвардейского резервного кавалерийского корпуса коллежский советник Енохин И.В., как описанные им операции черепосверления и перевязывания подколенной артерии, так и многие другие в продолжение поль-

ской кампании, в присутствии генерал-штаб доктора Хилодовича и других медиков, в главной квартире находившихся, делал с надлежащим искусством и полным успехом». И это, учитывая отсутствие в то время эффективных средств обезболивания и обеззараживания ран. Назначен в 1831 г. старшим врачом гвардейской кавалерии, что сделало безвестного младшего полкового врача заметным медицинским начальником русской армии;

- удостоен звания лейб-хирурга в 1831 г., не имея при этом ученой степени и звания. В 1835 г. подал в Конференцию Медико-хирургической академии прошение о присвоении ему звания медико-хирурга (хирурга высшей квалификационной категории, по современной терминологии) с приложением описания (на латинском языке) трех благополучно закончившихся операций во время Польской кампании: «Вылущение верхнего плеча из сустава, сверление черепа и перевязывание подколенной боевой жилы». Профессор Медико-хирургической академии П.Н. Савенко и адъюнкт-профессор И.В. Реклицкий в отзыве указали: «Описание сие и самое лечение операций изложены ясно и удовлетворительно», за что в 1835 г. президент Академии Я.В. Виллие утвердил решение Конференции Академии о присвоении И.В. Енохину звания медико-хирурга;
- защита в 1836 г. диссертации на степень доктора медицины и хирургии. Удостоен многих иностранных орденов и членства во множестве научных и ненаучных обществ как член свиты наследника. Пребывание за границей использовал для встреч с образованными врачами многих стран Европы, стараясь лично от них узнавать о каждом новом шаге науки, держал себя на уровне современного научного знания;
- стал одним из первых в России пациентов с успешным новым лечением постоянным магнитом пояснично-крестцового радикулита на себе, а также адептом медицинской реабилитации Кавказскими Минеральными Водами, эффективно сочетая это с написанием диссертации на тему «Анатомия, физиология и острое воспаление спинного мозга». Будучи самокритичным, оценивал научное значение своей диссертации, определив ее в предисловии, обращенном к Я.В. Виллие, как «сочиненьице» (opusculum). Новизна диссертации состояла в практическом объединении описания анатомических данных со сведениями по фи-

зиологии спинного мозга при миелите, положив начало патологической физиологии спинного мозга;

- бессменный президент Петербургского общества русских врачей в течение 12 лет, работу которого обогащал своим опыт и многосторонними знаниями. Своевременно оценил значение замены универсализма («рутинного энциклопедизма») в медицине на специализацию медицинских знаний, связав задержку перехода в России с недостаточной самостоятельностью и отставанием отечественной медицинской науки;
- предвидел значение перехода от эмпирической системы лечения (т.н. бруссеизма – многочисленных кровопусканий и приема слабительных) к рациональной терапии с основными направлениями – аллопатией и гомеопатией;
- вносил взвешенные суждения по поводу гомеопатии, применение которой решением Медицинского совета было запрещено в госпиталях и больницах Российской империи. Считал, что «гомеопатия может оказаться полезной для людей богатых, не знающих пределов разного рода неумеренностей, пресыщенных материально. Кто всякий день кушает и пьет дальше своего аппетита, кто от праздности тучнеет до неподвижности, кто измучился, гоняясь ежедневно за новыми удовольствиями, тому гомеопатия пропишет умеренность и строгую диету, а чтобы замаскировать нужную строгость – назначит невообразимые крупинки, и дело пойдет на лад. Но…у солдата, изнуренного походами, лишениями всякого рода, тревогами и опасностями, наконец, действительными болезнями, гомеопатии делать нечего, и тут «дух лекарства» выдыхается гораздо прежде, чем дойдет от склянки до рта больного» [1];
- будучи близким к контролю и оценке деятельности врачей, призывал к осторожности с выводами и оценками, подчеркивая, что «нужно много проницательности, раздумья и труда, чтобы отыскать правдоподобное объяснение наблюдаемому факту. Переход к рациональной системе лечения потребовал применения особых подходов к оценке результатов использования лечебных методов, принимая во внимание чрезвычайную сложность оценочных методик. Заслуга врачей, – указывал он, – состоит именно в том, что они внимательно наблюдают и умеют применяться к настоящему, которое никогда ни в чем не сходно с прошед-

шим»;

- постоянный член Военно-медицинского ученого комитета при Медико-хирургической академии с 1845 г., в 1849 г. – главный доктор военно-учебных заведений, что позволило сделать ценные выводы о причинах неблагоприятного исхода эпидемии кори у воспитанников Александровского корпуса в Царском Селе. Вывод касался кахектического сложения детей-сирот и из семей бедных родителей, приобретенного ими до поступления в корпус, а также о влиянии петербургского климата и гигиенических условий на здоровье молодых кавказских уроженцев – детей дворян из горских и армянских провинций, многие из которых сравнительно чаще с русскими уроженцами получали туберкулез. Безуспешность лечения на месте учебы привела к необходимости отправки на родину, польза от этой меры, как указывает И.В. Енохин, «оказалась поразительной»;
- лейб-медик с производством в тайные советники в 1855 г. В возрасте 66 лет – директор Военно-медицинского департамента, благодаря неподкупной честности и способности проводить в жизнь новые веяния, что повлияло на развитие военно-врачебного дела в России и служебный быт военных врачей;
- способствовал повышению квалификации (по современной терминологии – дополнительному образованию) военных врачей, связав полученное образование с дальнейшим продвижением по службе взамен практиковавшегося ранее выдвижения только в зависимости от выслуги лет;
- предвидел значение информационного обеспечения медицинского образования, приняв меры к усилению госпитальных библиотек, обязав их снабжать необходимыми книгами и учебными пособиями военных врачей (прототип современного повышения квалификации офицерского состава медицинской службы);
- расширил программу «Военно-медицинского журнала», переведя из трехмесячного в ежемесячное издание, получил разрешение на публикацию протоколов заседаний Общества русских врачей в Петербурге;
- обеспечил прикомандирование военных врачей к клиникам Академии, а вскоре – и к клиникам университетов для усовершенствования в практической медицине. Ежегодно обучались 20

человек и 8 посылались на два года за границу, что обходилось медицинскому департаменту в 12 тыс. рублей серебром. Благодаря ходатайству в 1859 г. было пересмотрено расписание окладов жалованья военным медикам и впервые назначены так называемые столовые деньги;

- нашел способ развития, узаконения и поощрения специализации в медицине посредством введенной системы усовершенствования, принятой в морском, горном и гражданском ведомствах, став одним из пионеров создания сети институтов для повышения квалификации военврачей;
- понимал действия, необходимые для успешности военно-врачебного дела в России – полную самостоятельность через устранение многочисленных цепей контроля Военно-медицинского ведомства, ведших к произволу, насилию, формализму и хищениям. Видел необходимость объединения управления лечебными заведениями, упрощение администрации, сокращение штатов и делопроизводства, благодаря чему госпитали были изъяты из рук комиссариатских чиновников, устранена власть Министерства внутренних дел над заготовлением врачебных запасов, Департамент врачебных заготовлений с приписанными ему учреждениями передавался военно-медицинскому ведомству, вследствие чего устранялись огромные издержки. Болезнь и смерть помешали И.В. Енохину закончить предпринятые им преобразования по уменьшению многовластия в военно-врачебном деле.

Завершение психологического портрета И.В. Енохина в словах: «Даже в глубокой старости оставался он детски доверчив, одинаково ласков со всеми и не имел ни малейшей доли той старческой сухости характера, которая так обыкновенна в пожилом возрасте. Он не страдал недугом злопамятности, сеял добро, где мог, щедрой рукой и сам помнил добро, когда-либо ему сделанное. Он был непостижимо ровен, то есть прост, ласков и добродушен со всеми, что можно объяснить его личным и вполне неподражаемым характером. Он любил ученые общества, искренно радовался, когда стали доходить известия об открытиях медицинских обществ в губернских городах. Особенно он любил Петербургское общество русских врачей. Он вносил в заседания этого Общества наибольшую часть своего добродушия, откро-

венность сердечности и истинно товарищеской простоты (чтобы не смущать членов Общества своим придворным мундиром, И.В. Енохин всегда являлся на заседания Общества в штатском платье)».

Будучи главой военно-медицинского управления в России и патриотом своей страны, считал: «И хорошее да чужое иногда нам не годится, не приемлется, не принесет пользы. Нужно знать свое и развивать свои средства» [1]. Снискал посмертное уважение, оставив все личные средства на учреждение фонда для бедных стипендиатов Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, которые освобождались от платы за слушание лекций и могли иметь выбор между государственной службой и частной практикой. Эпитафия на могиле И.В. Енохина от Н.П. Евфанова: «Существо И.В. Енохина – служба, добро и польза».

Вельяминов Николай Александрович (1855-920) – хирург-клиницист, лейб-медик, академик медицины, профессор Императорской Военно-медицинской академии. Придворной медицинской частью – преемницей Аптекарского приказа, Аптекарской канцелярии, Медицинской канцелярии, Медицинской коллегии – в разные годы руководили известные деятели отечественной медицины – Э.И. Рейнгольд, Ф.С. Цыцурин, А.Л. Обермиллер, М.А. Маркус. Наибольший вклад в развитие придворной медицины внес выдающийся хирург и талантливый врач-организатор Н.А. Вельяминов. Окончил курс медицинского факультета Московского университета в 1877 г. и тотчас отправился на кавказский театр войны с Турцией, где сблизился с профессором Рейером, изучая под его руководством хирургию. С 1878 по 1884 г. преподавал на женских врачебных курсах при Николаевском военном госпитале. В 1880 г. был участником Ахал-Текинской экспедиции генерала М.Д. Скобелева.

Заслуги Вельяминова Н.А.:

- лейб-хирург с 1897 г., профессор хирургической клиники Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, затем начальник, при котором упразднен практиковавшийся порядок избрания конференциею профессоров и введено их назначение без конкурса;
- организатор первого в России светолечебного кабинета на средства императрицы Марии Феодоровны и собственные;

- при его содействии организован первый приморский санаторий для лечения местного туберкулеза в Виндаве;
- директор Максимилиановской клиники, выполнявшей функции студенческой клиники;
- издатель журнала «Русский хирургический архив»;
- автор до 100 научных работ, и свыше 50 выпущено его учениками, т.е. имел научную школу.

Виллие Яков Васильевич (1765-1854) – военный врач, лейб-хирург российского императорского двора. Прибыл в Россию из Шотландии в 1790 г. в качестве военного врача Елецкого полка. Степень доктора медицины в Абердине получил заочно в 1794 г. Организатор военно-медицинского дела; действительный тайный советник (1841).

Заслуги Виллие Я.В.:

- лейб-хирург Павла I с 1799 г., подписавший свидетельство о его смерти от «апоплексического удара», затем лейб-хирург Александра I и Николая I;
- главный медицинский инспектор армии с 1806 г., директор медицинского департамента военного министерства в 1812–1836 гг. Участник войн, лично оперировал М.Б. Барклая-де-Толли. В 1812 г. – главный медик действующей армии, участник Бородинского сражения, на поле битвы лично произвел до 80 операций;
- организатор первой медицинской помощи в Отечественной войне 1812 г., служба при ставке князя П.И. Багратиона, впоследствии героя этой войны;
- президент Санкт-Петербургской медико-хирургической академии (1808–1838 гг.);
- инициатор издания первых российских медицинских журналов («Всеобщий журнал врачебной науки» (1811), «Военно-медицинский журнал»(1823);
- Автор 4 изданий полевой Фармакопеи;
- единственный в России в 1814 г. удостоен британским принцем-регентом титула баронета по рекомендации императора Александра I;
- благотворитель, осуществивший пожертвование 2/3 наследства (15 млн руб.) на строительство новой клинической больницы Военно-медицинской академии, до Октябрьской рево-

люции называемой Клиническая больница баронета Виллие (Михайловская). Незначительная сумма для сооружения себе «приличного памятника» перед конференц-залом Академии, т. к. семьи не было.

Основоположники военной медицины внесли значительный вклад в укрепление обороноспособности России XVII-XIX в., и последние слова на юбилее Кронштадтского общества морских врачей В.И. Исаева, врача, ученого, администратора и общественного деятеля (1913 г.) можно отнести к эпитафии всех лейб-медиков: «Физически сильным, мощным духом и нравственными принципами принадлежит будущее. Жизнь мчится стремительно вперед. Спешите трудиться».

Малама Борис Захарович (1878-1972) – надворный советник, предпоследний почетный лейб-медик Российской империи. Начал путь с должности младшего врача 96-го Омского пехотного полка (1909), врача Двора Его Императорского Высочества Великого Князя Николая Николаевича (1909); коллежского асессора (1912); Участник Русско-японской войны, сопровождал Короля Черногорского Николая I во время его поездки в Санкт-Петербург; сопровождал В.К. Николая Николаевича в поездке в Москву на торжества 100-летнего юбилея Отечественной войны 1812 г., во Францию на маневры французских войск. По состоянию на 1912 г., был награжден орденами Св. Анны 3-й ст., Святого Станислава 3-й ст. с мечами; черногорским орденом князя Даниила I 4-й и 3-й степеней, бухарским орденом Золотой звезды 3-й ст.

Другими наградами высокого достоинства Маламы Б.З. были медаль в память Русско-японской войны 1904-1905 гг. и в память 100-летнего юбилея Отечественной войны 1812 г.

Он покинул Россию 11.04.1919 г. вместе с императрицей Марией Федоровной, жил в эмиграции с В.К. Николаем Николаевичем в г. Антиб (Франция) до 1929 г., затем переехал в Париж после кончины Великого князя, умер в 1972 г. в возрасте 94 лет [1].

Династия врачей Боткиных в истории русской медицины

Жизнь последнего российского лейб-медика Е.С. Боткина явилась примером благотворительности, нравственности и долга врача Российской империи.

Боткин Сергей Петрович, отец будущего последнего лейб-

медика, родился 17 сентября (5 сентября ст. ст.) 1832 г. в Москве в купеческой семье от второго брака отца 11-м ребенком и воспитывался под влиянием брата Василия. До 15-летнего возраста мальчик воспитывался дома, поскольку с раннего возраста отличался выдающимися способностями, которые в 1847 г. помогли в поступлении в частный пансион г. Энесса, где учился три года, считаясь одним из лучших учеников» [4].

В августе 1850 г. юноша стал студентом медицинского факультета Московского университета и окончил его в 1855 г., став единственным из курса выпускником, сдавшем экзамен не на звание лекаря, а на степень доктора. После окончания университета вместе с санитарным отрядом хирурга Н.И. Пирогова принимал участие в Крымской кампании, исполняя обязанности ординатора Симферопольского военного госпиталя, что дало врачу необходимые практические навыки. В декабре 1855 г. Боткин С.П. вернулся в Москву, вскоре отправившись за границу для дополнения образования в 1856-1860 гг. Будучи в заграничной командировке, он посетил Германию, Швейцарию, Англию, Францию, Австрию. В Вене он женился на дочери московского чиновника Анастасии Крыловой.

Переезд в Петербург в 1860 г. ознаменовался защитой С.П. Боткиным докторской диссертации «О всасывании жира в кишках» при Медико-хирургической академии, в которой в 1861 г. был избран профессором кафедры академической терапевтической клиники. В 1860-1861 гг. профессор С.П. Боткин первым в России создал при своей клинике экспериментальную лабораторию. В ней он производил физические и химические анализы, исследовал физиологическое и фармакологическое действие лекарственных веществ, изучал вопросы физиологии и патологии организма, искусственно воспроизводил на животных различные патологические процессы (аневризму аорты, нефрит, трофические расстройства кожи) с целью раскрытия их закономерностей. Исследования, проведенные в лаборатории С.П. Боткина, положили начало экспериментальной фармакологии, терапии и патологии в русской медицине. В 1861 г. Сергей Петрович Боткин открыл при своей клинике первую в истории клинического лечения больных бесплатную амбулаторию. В 1862 г. он подвергся обыску и допросу в связи с посещением им в Лондоне Алек-

сандра Герцена. С 1870 г. профессор С.П. Боткин работал в должности почетного лейб-медика, получив в 1871 г. поручение лечить государыню Марию Александровну, которую в последующие годы несколько раз сопровождал за границу и на юг России, для чего ему приходилось прекращать лекции в Академии.

В 1872 г. С.П. Боткин получил звание академика, после чего в Петербурге при его участии были открыты женские врачебные курсы – первая в мире высшая медицинская школа для женщин. В 1875 г., после смерти первой жены, он женился на Екатерине Мордвиновой [5].

Во время Русско-турецкой войны в 1877 г. С.П. Боткин около семи месяцев провел на балканском фронте, сопровождая в качестве лейб-медика императора Александра II. Используя свое положение, добился профилактического приема хины против малярии, боролся за улучшение питания солдат, делал обходы госпиталей, давал консультации. В 1878 г. в память Николая Ивановича Пирогова был избран председателем Общества русских врачей, оставшись на этом посту до конца жизни. Он добился, чтобы построили бесплатную больницу, которая была открыта в 1880 г. (Александровская барачная больница, ныне больница им. С.П. Боткина). Инициатива Боткина была подхвачена, в других крупных городах России стали сооружаться бесплатные больницы на средства медицинских обществ [2].

С 1881 г. С.П. Боткин, будучи гласным членом Петербургской городской думы и заместителем председателя думской комиссии общественного здравия, положил начало организации санитарного дела в Санкт-Петербурге, ввел институт санитарных врачей, положил начало бесплатной помощи на дому, организовал институт «думских» врачей, создал институт школьных санитарных врачей, Совет главных врачей петербургских больниц. С.П. Боткин был председателем правительственной комиссии по разработке мероприятий по улучшению санитарного состояния страны и снижению смертности в России (1886). К концу своей деятельности он был почетным членом 35 русских и девяти иностранных медицинских ученых обществ, став, таким образом, основоположником научной клинической медицины.

Свои клинические и теоретические взгляды по вопросам медицины С.П. Боткин изложил в трех выпусках «Курса клиники

внутренних болезней» (1867, 1868, 1875) и в 35 лекциях, записанных и изданных его учениками («Клинические лекции профессора С.П. Боткина», 3 выпуск, 1885-1891). В своих воззрениях автор исходил из понимания организма как единого целого, находящегося в неразрывном единстве и связи с окружающей его средой.

С.П. Боткин создал новое направление в медицине, охарактеризованное И.П. Павловым как направление нервизма, ему принадлежит большое число выдающихся открытий в области медицины. Он первым высказал мысль о специфичности строения белка в различных органах; первым (1883) указал, что катаральная желтуха относится к инфекционным заболеваниям (в настоящее время болезнь эта именуется «болезнью Боткина»), разработал диагностику и клинику опущенной и «блуждающей» почки. Профессор С.П. Боткин издавал «Архив клиники внутренних болезней профессора С.П. Боткина» (1869-1889) и «Еженедельную клиническую газету» (1881-1889), переименованную с 1890 г. в «Больничную газету Боткина». В этих изданиях печатались научные труды его учеников, среди которых были Иван Павлов, Алексей Полотебнов, Вячеслав Манассеин, другие выдающиеся русские врачи и ученые [5].

С.П. Боткин умер от болезни сердца (это был единственный диагноз, который не соответствовал истине из всех, поставленных другим пациентам профессором) 24 декабря (12 декабря ст. ст.) 1889 г. в г. Ментоне (Франция), был похоронен в Санкт-Петербурге. За свою профессиональную жизнь у этого Врача и Ученого не было ни одного ошибочного диагноза. Классическими стали «Клинические лекции» профессора ВМА Сергея Петровича Боткина, лейб-медика императоров Александра II и Александра III [2].

Его сын, Евгений Сергеевич Боткин, родился в 1865 г., был четвертым ребенком в семье, где было 12 детей. Его мать рано умерла. После окончания гимназии Евгений Сергеевич стал студентом физико-математического факультета университета, однако через год перешел в Военно-медицинскую академию, которую с отличием закончил в 1889 г. [6].

К профессиональной деятельности приступил в 21 год в должности врача-ассистента в Мариинской больнице для бед-

ных, занимался иммунологией, изучал сущность процесса лейкоцитоза и защитные свойства форменных элементов крови. После стажировки в Германии (Гейдельберг, 1895-1897гг.) защитил диссертацию на тему «К вопросу о влиянии альбумоз и пептонов на некоторые функции животного организма», официальным оппонентом на защите которой был физиолог и первый Нобелевский лауреат И.П. Павлов, после чего стал приват-доцентом ВМА. В 1898 г. выходит труд Евгения Сергеевича «Больные в больнице», а в 1903 г. – «Что значит «баловать» больных?» [7].

В период Русско-японской войны доктор Е.С. Боткин добровольцем отправился на Дальний Восток, проявив себя не только как прекрасный врач, но и как храбрый и мужественный человек. Скорбные мысли, которые вызывала у горячего патриота эта позорная война, свидетельствовали о его глубокой религиозности: «Удручаюсь все более и более ходом нашей войны, и потому больно.., что целая масса наших бед есть только результат отсутствия у людей духовности, чувства долга, что мелкие расчеты становятся выше понятий об Отчизне, выше Бога». Отношение к этой войне и свое предназначение в ней Евгений Сергеевич показал в изданной в 1908 г. книге «Свет и тени Русско-японской войны 1904–1905 гг.: Из писем к жене»: «За себя я не боялся: никогда еще я не ощущал в такой мере силу своей веры. Я был совершенно убежден, что как ни велик риск, которому я подвергался, я не буду убит, если Бог того не пожелает. Я не дразнил судьбу, не стоял у орудий, чтобы не мешать стреляющим, но я сознавал, что я нужен, и это сознание делало мое положение приятным».

2 февраля 1904 г. постановлением Главного управления Российского Красного Креста Е.С. Боткин был назначен главным уполномоченным по медицинской части при действующих армиях, заведующим медицинской частью Российского общества Красного Креста в Маньчжурской армии. Занимая достаточно высокую административную должность, он предпочитал большую часть времени проводить на передовых позициях. За участие в боевых действиях был награжден военными орденами «За отличие, оказанное в делах против японцев», орденами святого Владимира III и II степени с мечами, оставаясь на фронте до конца сентября 1904 г.

6 мая 1905 г. Боткин Е.С. был пожалован в почетные лейб-медики, что стало важным событием в его жизни, поскольку в апреле 1908 г. он стал лейб-медиком (семейным врачом) царской семьи по желанию императрицы Александры Федоровны. Согласно дневниковым отзывам придворных, Е.С. Боткин был известен своей сдержанностью, никому из свиты никогда не удавалось узнать от него, чем больны члены царской семьи, какому лечению они следуют [7].

Цесаревич был любимым и самым тяжелым его пациентом, поскольку страдал от проявлений врожденной гемофилии – нарушения свертывания крови, что требовало от врача глубоких научных знаний и больших душевных сил. Именно с цесаревичем Алексеем проводил большую часть своего времени Е.С. Боткин, иногда при угрожающих жизни состояниях, днями и ночами не отходя от постели больного, окружая ребенка человеческой заботой и участием, отдавая ему все тепло своего щедрого сердца. Такое отношение находило взаимный отклик со стороны маленького пациента, который напишет своему врачу: «Я Вас люблю всем своим маленьким сердцем». Сам Евгений Сергеевич также искренне привязался к членам царской семьи, не раз говоря домочадцам: «Своей добротой они сделали меня своим рабом до конца дней моих» [эл. рес. 8].

Семейная жизнь Е.С. Боткина складывалась трагично: умер полугодовалый первенец, ушла из семьи жена, оставив на руках Евгения Сергеевича четверых детей. Сын Дмитрий, хорунжий лейб-гвардии Казачьего полка, героически погиб в первый год первой Мировой войны, прикрывая отход разведывательного казачьего дозора. Гибель сына, посмертно награжденного за героизм Георгиевским крестом IV степени, стала до конца дней незаживающей душевной раной отца.

Во время Первой мировой войны по приказу царя Е.С. Боткин оставался в Царском Селе, только дважды побывав в ставке в Могилеве. Доктор активно участвовал в организации госпиталей, 30 было развернуто с его помощью в Царском Селе. Были подготовлены санитарные поезда имени Императрицы и Великих Княжон, которые привозили раненых из провинций прямым маршрутом в Царское Село.

После февральского переворота 1917 г. императорская семья

была заключена в Александровском дворце Царского Села, но всем слугам и помощникам предложили по желанию покинуть узников. Доктор Е.С. Боткин остался с пациентами, не пожелав оставить их и тогда, когда царскую семью было решено отправить в Тобольск. В это время он продолжал выполнять свои обязанности: лечил не только членов царской семьи, но и простых горожан, открыл бесплатную медицинскую практику для местных жителей.

В апреле 1918 г. вместе с царской четой и их дочерью Марией доктора Е.С. Боткина перевезли из Тобольска в Екатеринбург. В тот момент была еще возможность покинуть царскую семью, большевиками ему была предложена высокая должность где-нибудь в московской клинике, но медик не оставил своих подопечных. Характерный пример: страдая от холода и почечных колик, доктор отдал свою шубу княжне Марии, у которой не было теплых вещей. Один из всех заключенных дома особого назначения, Е.С. Боткин точно знал о скорой казни. Знал и, имея возможность выбора, предпочел спасению верность присяге, данной когда-то царю. Очевидец И.П. Мейер, вспоминая те события, описывает слова Е.С. Боткина: «Видите ли, я дал царю честное слово оставаться при нем до тех пор, пока он жив. Для человека моего положения невозможно не сдержать такого слова. Я также не могу оставить наследника одного. Как могу я это совместить со своей совестью? Вы все должны это понять» [9].

Дочь Е.С. Боткина Татьяна вспоминала об отъезде отца из Тобольска: «О докторах не было никаких распоряжений, но еще в самом начале, услыхав, что их Величества едут, мой отец объявил, что он поедет с ними. «А как же Ваши дети?» – спросила ее Величество, зная наши отношения и те ужасные беспокойства, которые мой отец переживал всегда в разлуке с нами. На это мой отец ответил, что на первом месте для него стоят интересы их Величеств. Ее Величество до слез была тронута и особенно благодарила». Данный факт созвучен содержанию документа, хранящегося в Государственном архиве Российской Федерации. Этот документ – последнее, неоконченное письмо Евгения Сергеевича, датированное 9 июля 1918 г. Многие исследователи считают, что письмо адресовано младшему брату А.С. Боткину, что представляется небесспорным, так как в письме автор часто

обращается к «принципам выпуска 1889 г.», к которому Александр Сергеевич никакого отношения не имел. Вероятнее, оно было адресовано неизвестному другу-сокурснику. «Мое добровольное заточение здесь настолько временем не ограничено, насколько ограничено мое земное существование... В сущности, я умер, умер для своих детей, для друзей, для дела. Я умер, но еще не похоронен или заживо погребен... надеждой себя не балую, иллюзиями не убаюкиваюсь и неприкрашенной действительности смотрю прямо в глаза... Меня поддерживает убеждение, что «претерпевший до конца, тот и спасется», и сознание, что я остаюсь верным принципам выпуска 1889-го года... Вообще, если «вера без дел мертва есть», то «дела» без веры могут существовать, и если кому из нас к делам присоединится и вера, то это лишь по особой к нему милости Божьей... Это оправдывает и последнее мое решение, когда я не поколебался покинуть своих детей круглыми сиротами, чтобы исполнить свой врачебный долг до конца, как Авраам не поколебался по требованию Бога принести ему в жертву своего единственного сына» [эл. рес. 8].

Доктор Е.С. Боткин мученически погиб в ночь с 16 на 17 июля 1918 г. вместе со всей императорской семьей в Екатеринбурге в Ипатьевском доме, оставшись верным нравственному выбору «Жизнь – государю, честь – никому». Таким образом, дворянин, офицер, гражданин и патриот не посрамил чести своей знаменитой семьи.

В 1981 г. вместе с другими расстрелянными узниками Ипатьевского дома он был канонизирован Русской Православной Церковью за рубежом. Лейб-медик Евгений Боткин прославлен на Архиерейском Соборе РПЦ 2016 г., став единственным медиком XX столетия, причисленным к лику святых страстотерпцев, о котором брат свидетельствовал; «Он был бесконечно добрым. Можно сказать, что пришел он в мир ради людей и для того, чтобы пожертвовать собой» [7].

Резюме. Развитие института лейб-медиков (семейных врачей) с XIII до конца XIX в. в Российской империи является примером совершенствования и усложнения функций врача. Прообраз семейного врача будущего сочетал множество базовых знаний по терапии, хирургии, акушерству с высоким культурным и нрав-

ственным уровнем, что становится образцом применения в настоящем развитии института ВОП.

Доктор Е.С. Боткин, единственный медик XX столетия, причисленный к лику святых страстотерпцев, стал примером верности врачебному долгу до конца.

В ходе развития института ВОП можно применить нравственный опыт, соблюдение требований биомедицинской этики, сохранение врачебной тайны в работе команды вместе с Пвр, МС (акушеркой) и младшими медицинскими работниками на участке.

Литература

1. Нахапетов, Б.А. Врачебные тайны дома Романовых/ Б.А. Нахапетов. – М.: Вече, 2007. – 352 с.

2. Мирский, М.Б. Медицина России XVI-XIX веков / М.Б. Мирский. – М: РОССПЭН,1996. – 376 с.

3. Шибека, З.В. Стороны жизни дореволюционного города /З.В. Шибека, С.Ф. Шибека. – М.: Полымя,1990. – 352 с.

4. Страстотерпец врач Евгений. Доктор Е.С. Боткин /сост. А.Г. Чучалин, прот. С. Филимонов. – М.: Вече, 2018. – 224 с.

5. Силуянова, И.В. Биомедицинская этика: учебник и практикум для академического бакалавриата/ И.В. Силуянова. – М.: Юрайт, 2016. – 312 с.

6. Силуянова, И.В. Жизнь и подвиг Евгения Сергеевича Боткина / И.В. Силуянова, Д.Ю. Овсянников // Медицинский совет. – 2018. – № 7. – С. 269-272.

7. Чучалин, А.Г. Врачебная этика в истории медицины. Феномен «святых врачей»: исторический образ Е.С. Боткина/ А.Г. Чучалин, И.В. Силуянова. – М.: История медицины, 2017. – Т.4. – С.317-322.

8. Интернет-версия Вестника Московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор»: http://www.mgnot.ru/index.php?mod1=art&gde=ID&f=10704&m=1&PHPSESSID=18ma6jfimg5sgg11cr9iic37n5

9. Мейер, И.П. Как погибла Царская семья. Свидетельство очевидца И.П. Мейера / И.П. Мейер; пер. с нем. – М.: Товарищество Возрождения, 1990. – 34 с.

Глава 5. Здравоохранение и медицинское образование в БССР в 1930-1940 гг. и 1945-1950 гг.: состояние и уроки

Путь от подготовки медицинских кадров для БССР к медицинскому образованию современной Республики Беларусь начался с предвоенных лет развития страны, особо значимыми в это время стали 1930-1940 гг. ввиду нерешенных и спорных вопросов перед началом Великой Отечественной войны.

Труд МС в мирное и военное время был выдающимся, однако их обучение и профессиональная жизнь были тяжелыми [1]. Показатели развития здравоохранения и медицинского образования БССР в ходе выполнения пятилеток (1928-1932,1933-1937 и 1938-1941, осуществленной не полностью в связи с началом войны) отражают актуальные достижения и недостатки.

Всестороннее развитие здравоохранения осуществлялось в соответствии с республиканскими директивными документами: «О медицинской помощи» (постановление СНК БССР от 10 марта 1930 г.); «О медико-санитарном обслуживании рабочих промышленных центров» (постановление СНК БССР от 31 июля 1931 г.); «О состоянии здравоохранения и подготовке медицинских кадров» (постановление СНК БССР от 10 января 1932 г.); «О работе органов Наркомздрава» (постановление ЦК КП (б)Б, 1934); «О состоянии и задачах здравоохранения» (постановление XI Всебелорусского съезда Советов от 22 января 1935 г.).

В 1929-е гг. Народный комиссариат здравоохранения РСФСР утвердил план и программы обучения в школах МС милосердия, которые с 1922 г. переданы в систему Народного комиссариата просвещения, что ознаменовало первый этап развития образования МС [2]. На I Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию (25-30 октября 1922 г.) был очерчен круг трудоустройства специалистов-МС: лечебные учреждения, система материнства и детства, оказание социальной помощи. На II Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию (1926) принято постановление об учреждении медицинских техникумов с предложением единых сроков обучения: для акушерки – 3 года, для МС – 2,5 года. В 1921 г. в г. Минске открыт БГУ с медицинским факультетом, в 1924 г. – медицинский государственный институт. В сентябре 1926 г. СНК БССР при-

нял постановление «Об утверждении положения о профессиональной работе медицинского персонала и борьбе с незаконным лечением». Медицинские специальности включали специальности врача, зубного врача, фельдшера, акушерки, фармацевта, МС, что определило последующее место этих специалистов в системе оказания МП [2, 3].

Вторым этапом становления сестринского образования в БССР в 1930-е гг. стала передача руководства средним образованием в ведение народных комиссариатов здравоохранения республик СССР. Единая система и сроки среднего медицинского образования в СССР определены постановлением СНК СССР от 08.09.1936 г. «О подготовке средних медицинских зубоврачебных и фармацевтических кадров». Оно установило преобразование медицинских техникумов в медицинские школы. На основании постановления СНК БССР от 10 января 1932 г. «О состоянии здравоохранения и подготовки медицинских кадров» при медицинских техникумах организовывались вечерние отделения, при стационарах развертывались курсы для обучения младших и средних медицинских работников. В 1936 г. техникумы преобразуют в школы с единой системой и сроками обучения (фельдшеров и зубных врачей – 3 года, акушерок и МС – 2 года, зубных техников – 1 год). Перестройка средней медицинской школы на единой основе в 1936-1937 гг. привела к их увеличению с 6 (1932) до 33 (1937). Впервые введена должность старшей МС (1936) [2].

Подобные преобразования претерпевает высшее медицинское образование. Медицинский факультет БГУ реформируется (1930) в Белорусский (Минский) медицинский институт системы Наркомздрава. Увеличивается набор студентов (1930), впервые осуществлено выделение медицинских факультетов поэтапно в 1934 г. в г. Витебске, в 1938 г. в г. Минске: лечебный, охраны материнства и младенчества, санитарно-гигиенический факультеты, химико-фармацевтический, база которого используется для организуемого Белорусского института усовершенствования врачей (1932).

Недостаточное число работников в это время обусловило подготовку по ускоренной программе из санитарки в МС за считанные месяцы. Уже в 1932 г. открываются вечерние отделения с

двухгодичным сроком обучения при появлении узкой специализации: лаборантов, рентгенотехников, помощников санитарного врача. В 1933 г. введено положение «Готов к санитарной обороне», курсы по санитарно-оборонной подготовке и переподготовке (РОКК) [3].

Помощь матерям и детям осуществлялась в разных типах медицинских учреждений: яслях, интернатах, детских консультациях, но их рост не всегда соответствовал потребностям и качеству помощи. В целях выполнения мер по индустриализации и коллективизации происходит развертывание в городах – постоянных, в сельской местности – постоянных и сезонных яслей. Некоторые изменения их работы (круглосуточные группы, изоляторы для больных детей) обеспечивают освобождение для общественного труда женских рук. Ряд недостатков того периода времени: не выдерживался возрастной принцип, не образовывались группы для ослабленных детей, не проводилось медицинское наблюдение, некачественно и в неполном объеме выполнялась прививочная работа, имелись существенные санитарно-эпидемические недостатки детских учреждений [1, 2].

Работа детских консультаций строилась по участковому принципу, постепенно приобретая профилактическую направленность, включающую специализированную помощь и обслуживание больных детей преимущественно на дому (1937). Многие детские консультации, особенно в сельской местности, размещались в приспособленных помещениях и в антисанитарных условиях, не имели фильтра, не проводили прививочную работу и патронаж (см. глоссарий), не были укомплектованы врачами. К числу административно-организационных недостатков оказания помощи матерям и детям в БССР относят отсутствие действенной связи женских консультаций с родильными домами, открывавшимися вновь. В 1940 г. их было 53. В сельской местности для преодоления низкого охвата женщин родовспоможением осуществлялось открытие колхозных родильных домов (1935).

Структурные изменения органов управления привели к преобразованию инспектуры (1930) в отделы здравоохранения исполнительных комитетов (рай-, горздравотделы, с 1938 г. введено областное административно-территориальное деление – облздравотделы). Согласно проводимой индустриализации и

коллективизации, утвердился принцип преимущественного обслуживания работающих лиц. Открывались пункты здравоохранения (1938), на которые возлагалось не только выполнение лечебной работы, но выявление, устранение причин заболеваемости, травматизма, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий [3, 4].

Развитие внебольничной помощи в г. Минске проходило за счет открытия амбулаторных учреждений, организации санитарной авиации (1935), утверждения участкового принципа с выработкой нормативов врачебной нагрузки (1938).

Расширяется доступность помощи посредством организации первых стационаров на дому (1940); введения специализированных консультаций при доминировании приемов общего профиля (1940), а также бригадной формы работы (1941). Впервые в г. Минске открыты онкологический (1934) и ревматологический (1938) диспансеры, возрастало количество зубоврачебных кабинетов, прикрепление амбулаторий к больницам (Минск, 1940), увеличение числа станций скорой помощи. Эти прогрессивные организационные формы не имели широкого распространения вследствие кадрового и материально-технического дефицита в амбулаторных учреждениях, диспропорций в состоянии медико-санитарной помощи в городе и селе [1, 3]. Задачи строительства сельского здравоохранения оставались актуальными и нерешенными. Основным сельским медицинским учреждением должна была стать врачебная амбулатория (вместо фельдшерского пункта), а вспомогательными – фельдшерско-акушерские пункты. В 1930 г. организовывалась шефская помощь сельским врачебным участкам городскими медицинскими учреждениями.

Для БССР 1930-х гг. существенное значение продолжала иметь проблема краевой патологии (малярия, зоб, склерома). Проведение санитарно-оздоровительных мероприятий, рост и деятельность специализированных противотуберкулезных, кожно-венерологических, противотрахоматозных учреждений способствовали снижению заболеваемости сифилисом, гонореей, трахомой. Снижается уровень общей смертности, в ее структуре после заболеваний органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы туберкулез и инфекционные заболевания занимали четвертое и пятое место [3, 4].

План строительства больниц не выполнялся, а в имевшихся не соблюдались санитарно-эпидемиологические требования по водоснабжению, удалению нечистот, размещению отделений и пациентов. Ощущался недостаток медикаментов, инструментария, мягкого инвентаря, продуктов питания, существовала проблема госпитализации, качественного лечения. Имели место трудности с ведением медицинских документов и взаимодействием с амбулаторными учреждениями из-за отсутствия преемственности и единых требований. В БССР имелось разнообразие коек общего профиля: инфекционных, родильных, терапевтических, хирургических, неврологических и детских специализированных, стоматологических. При наличии достаточного числа физиотерапевтических установок, рентгеновских аппаратов и лабораторий, но при недостатке подготовленных работников оборудование не использовалось на полную мощность, в связи с чем организовывались курсы подготовки медицинских работников по физиотерапии (1930). В лечении пациентов широко применялось физиотерапевтическое лечение с использованием сапропелей и минеральных вод в Борисовском санатории с электроводолечебницей (1934); в Бобруйской курортной лечебнице с бальнеологическим отделением (1936) на основе первого открытого в БССР минерального источника (1927), торфолечения (Минск, Бобруйск, Борисов, 1937), выявления и изучения Минской минеральной воды (1940) [4].

Происходит развитие аптечной сети, имелось 299 аптек, 218 аптечных пунктов, 7 складов, 2 базы, 7 городских контрольно-аналитических лабораторий, 2 лаборатории галеновых препаратов, химико-фармацевтический завод (1939). Одну аптеку имели 13% районов, 27% районов – один аптечный пункт, а в сельской местности одна аптека приходилась на 27 420 жителей. При 34 медицинских учреждениях восточных областей БССР имелись аптеки (1940). Аптеки располагались в приспособленных помещениях, испытывали потребность в 400 фармацевтах (1939), а также перебои в обеспечении медикаментами и предметами ухода. Не выполнялся план рецептурного отпуска. Изменяется число санитарно-эпидемиологических учреждений, открываются городские (Минск, 1931; Витебск, 1932; Могилев, 1932), межрайонные и районные санитарно-эпидемиологические станции

(1938 г. – 34 СЭС). В 1938 г. СЭС располагались в приспособленных помещениях, в половине из них действовали санитарно-бактериологические лаборатории, а 45 районов БССР не имели санитарных врачей. В связи с введением областного административно-территориального деления (1938) открываются первые областные СЭС, в 1940 г. их было 4. Для осуществления санитарного контроля начали действовать курсы для дезинфекторов – 3 мес., для МС яслей – 6 мес., для инструкторов по охране здоровья детей – 7 мес., для МС – 1 год. Имеются курсы БОКК в 14 городах (1933) до передачи в ведение Наркомздрава (1935).

Коллективизация в СССР, миграция населения, неудовлетворительное состояние ряда территорий обусловили возникновение (1932-1933 гг.) в центральной и южной части Беларуси голода, ставшего причиной смерти людей. Это способствовало эпидемическому увеличению инфекционных заболеваний (1933 г. – сыпной тиф, брюшной тиф; 1934 г. – дизентерия). Осуществляются противоэпидемические меры чрезвычайного характера (штабы, комиссии, ежедневные доклады о проделанной работе). До 1941 г. актуальной оставалась дезинфекционная и прививочная работа, претерпевавшая разнообразные изменения: открытие первой типовой дезинфекционной станции, Минск (1936); организация лабораторий по выработке противокоревой сыворотки (1936); выпуск Белорусским институтом микробиологии и эпидемиологии около 20 препаратов, в том числе противодизентерийного бактериофага (1935) и «плацентарного экстракта» для профилактики детских инфекций (1939).

Государственная санитарная инспекция БССР осуществляла деятельность в соответствии с основными постановлениями правительства: «О мерах по улучшению общественного питания» (1931); «О развитии городского хозяйства» (1931); «О санитарной охране водопроводов и источников водоснабжения» (1937), руководствуясь санитарными инструкциями и правилами (1939).

За 1931-1934 гг. в Беларуси открыты четыре научных института: охраны материнства и детства (Минск, 1931), кожно-венерологический, переливания крови и гематологии (Минск, 1932), трахоматозно-офтальмологический (Гомель, 1934). В это же время в БССР состоялись первые специализированные съезды и конференции (глазных врачей, 1931; по переливанию кро-

ви, 1934; невропатологов и психиатров, 1938), стали проходить российские (московские) и украинские научные недели и декадники (1934), первая Всесоюзная конференция по проблеме склеромы (1936), выездная сессия Всесоюзного института экспериментальной медицины (1940). В 1940 г. в г. Минске врачи различных специальностей вновь образуют единое Всебелорусское медицинское общество [4].

К началу ВОВ в БССР имелось 15293 средних медицинских работника, действовало 35 медицинских школ, из них 23 для МС, 4 – фельдшерско-акушерских, 2 – фельдшерских, 3 – фармацевтических, 2 – для медлаборантов, 1 – зубоврачебная школа. Показатель обеспеченности населения средними медицинскими работниками низок (17,3 на 10 тыс. населения) [1-5].

Структура и деятельность здравоохранения формировались, исходя из возможной внешней угрозы. Согласно постановлению СНК БССР от 11 января 1932 г. «О мерах по укреплению погранполосы БССР» предусматривалось первоочередное и в большем объеме финансирование, а также кадровое и материально-техническое обеспечение здравоохранения пограничных районов.

Накопление в БССР медико-санитарного и хозяйственного имущества для оборонных пунктов относят к 1931 г., в связи с весенним призывом и проведением сборов в марте 1941 г. были разбронированы и стали использоваться все мобилизационные запасы. Призыв врачей в армию обострял существовавшую в то время кадровую проблему. Проводимые мероприятия по подготовке здравоохранения к работе в условиях военного времени носили ограниченный характер [5].

Четкой организации работы санитарной службы роты, батальона и стрелкового полка на курсах БОКК МС не обучали. Хирургическая обработка в медико-санитарных батальонах была ограничена крайне неотложными вмешательствами для подготовки раненых к дальнейшей эвакуации. Санитарные медицинские потери первых дней и месяцев войны (продолжительность жизни санинструктора на передовой в 1941 г. составляла 41 с) и недостаточно подготовленное число хирургических МС не позволяли полноценно оказывать помощи раненым [5, 6].

Детальной разработки единой военно-полевой медицинской

доктрины, предусмотренных ею принципов единства, последовательности, преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий на основе общей теории боевой патологии, которая связывала бы в единый процесс этапное лечение и эвакуацию, в предвоенное время не существовало.

Опыт, накопленный военными медиками в сражениях первого года войны, способствовал унификации применения научно обоснованных методов медицинской помощи раненым в послевоенном обучении врачей и МС [5]. Актуальным стал вопрос подготовки МС и врачей, ряды которых поредели за счет гибели на фронтах Великой Отечественной войны. За период 1941-1945 гг. потери санитаров, санинструкторов и санитаров-носильщиков составили более 88% людских потерь медицинских служб Красной армии, смертность медицинских работников была на втором месте после гибели на полях сражений бойцов стрелковых подразделений [6]. Общие потери медицинской службы РККА в годы войны в 10,5 раза превышали потери медицинской службы армии США, а санитарные – в 7,7 раза. При этом 88,2% потерь приходились на передовое звено медицинской службы, действовавшей на поле боя (рядовых и сержантов) [6, 7].

В образовании врачей и МС того времени были учтены:

*обучение МС и населения оказанию доврачебной помощи, базировавшееся на военном опыте о недостатках практики в довоенное время, следствием чего стал акцент на обучение ее оказанию;

*первоочередное обеспечение медицинской помощью рабочих оборонных заводов (приказы, распоряжения Наркомздрава СССР за ноябрь 1941 г.) позволили увеличить количество цеховых, заводских здравпунктов, больниц и медико-санитарных частей, как своеобразных «цехов здоровья». Они стали платформой обеспечения людскими резервами оперативных и стратегических операций Красной армии, а их логическим продолжением – развитие медицинской реабилитации [2, 4];

*переподготовка врачей АПО по смежным специальностям;

*уменьшившиеся возможности стационарной помощи компенсированы организацией «стационаров на дому», опыт нашел отражение в послевоенном обучении врачей и МС и до настоящего времени [2, 7].

Помимо этого, в образовательном процессе МС было учтено телеграфное распоряжение от 10.07.1941 г. № 452320 Смирнова Е.И. «…главной задачей службы войскового района является своевременное оказание доврачебной помощи», следствием послевоенной практики стал акцент на обучение МС доврачебной помощи.

Восстановлению педагогического состава медицинских вузов было уделено значительное внимание в послевоенных постановлениях Совнаркома БССР [2-4, 8]. На качество послевоенных учебных программ повлияло постепенное преодоление трудностей медицинского обеспечения военного периода: недостаток кадров, дефицит медикаментов и оборудования, а также идеологические причины военного времени (сокрытие случаев опасных инфекций) и бюрократические проволочки (множество различных ревизоров, иногда одновременно) [3, 5].

Из Ярославля в Минск в октябре 1944 г. возвратился медицинский институт, активно приступивший к послевоенному увеличенному набору студентов, срок обучения которых с 1947 г. стал продолжительнее – 6 лет, а ранее был 5 лет.

Итогом совершенствования управления здравоохранением, структуры, подготовки медицинских кадров и их образования в БССР в 1930-1940 гг. стало:

- Возникновение организационных прогрессивных форм, хотя и не получивших широкого распространения ввиду дефицита кадров и территориальных диспропорций материально-технического и кадрового обеспечения. Приспособленные помещения для подавляющего большинства лечебно-оздоровительных учреждений не обеспечивало нужный уровень санитарно-гигиенических требований. При абсолютном увеличении ассигнований из государственного бюджета здравоохранение финансировалось по остаточному принципу [3, 4].
- Комплексное решение вопросов санитарно-эпидемиологического благополучия, лекарственного обеспечения, дезинфекционные и прививочные меры привели к снижению инфекционной заболеваемости населения в БССР, чему способствовало развитие и обучение медицинских кадров в предвоенное время.
- Узкое использование таких перспективных форм организации здравоохранения, как участковый принцип, нормы на-

грузки врача, первые больничные организации на дому, специализированные приемы, бригадная форма работы, санитарная авиация для доступности, шефская помощь городских учреждений над сельскими врачебными участками.

- Учтенная необходимость коррекции учебных программ, обусловленная демографическими (акцент на помощь матерям и детям), структурными причинами (административно-территориальное деление), переносом акцентов на преимущественное обслуживание работающих через внебольничные формы помощи, развитием специализированной помощи с учетом краевой патологии БССР.
- Изменение уровней подготовки медицинских работников, включая доакадемический (для санитарок), академический (в вузах и техникумах) и постакадемический в Белорусском институте усовершенствования врачей (1932), а также продолжительность обучения врачей 5 лет, возросшая с 1947 г. до 6 лет, а фельдшеров и акушерок – 3 года [1, 2, 4, 7-8].
- Анализ в послевоенный период недостатков обучения на разных этапах развития и совершенствования медицинского образования врачей и МС в предвоенный период, что способствовало унификации применения научно обоснованных методов медицинской помощи раненым и больным [5].
- Совершенствование доктрины организации и развития профессионального образования life–long learning (непрерывное обучение на протяжении всей жизни) в Республике Беларусь, значимость которого в современной практике поддерживается научными исследованиями и педагогическими новациями в медицинском образовании, закрепляет новое место и более самостоятельную роль МС [8, 9], базируясь на опыте прошлого [10-12].

В ходе послевоенных пятилеток СССР (1946-1950, 1951-1955, 1956-1960) советский народ с еще большим энтузиазмом приступил к восстановлению народного хозяйства и медицины.

Во время Великой Отечественной войны погибли или пропали без вести более 85 тыс. медиков, из них 5 тыс. врачей, 9 тыс. средних медицинских работников, 23 тыс. санитарных инструкторов, 48 тыс. санитаров и санитаров-носильщиков [5, 6].

Значимость подвига врачей, фельдшеров, МС и санитаров,

которые действовали согласно приказу Г.К. Жукова «раненых на поле боя не оставлять!» и за 1941-1945 гг. поставили на ноги 72,3% раненых солдат и офицеров, 90,6% заболевших вернули в строй, подчеркнута в приказе Наркома обороны СССР от 23 августа 1941 г. № 281. В нем отмечена степень вклада в победу работы каждого санитара, МС, носильщика: за вынос с поля боя 15 раненых с их оружием – представлять к правительственной награде – медалью «За боевые заслуги» или «За отвагу», за помощь 25 раненым – орден Красной Звезды (награждено 86 570 человек). За 40 спасенных из боя человек – орден Красного Знамени (награждено 3550 человек), за 80 спасенных с поля боя – орден Ленина (награждено 285 человек), что приравнено к боевому подвигу. Высшим знаком отличия Международного Комитета Красного Креста – медалью Флоренс Найтингейл отмечены 44 медицинские сестры. Всего более 116 тыс. человек личного состава военно-медицинской службы и 30 тыс. медицинских работников здравоохранения страны были награждены орденами и медалями СССР [4-7].

Постановления Совнаркома БССР «О подготовке медицинских сестер для республики» (28 марта 1944 г.) и «О подготовке колхозных медсестер в системе общества Красного Креста» (19 марта 1945 г.) были направлены на восстановление численного состава средних медицинских работников. Однако в 1945 г. число средних учебных медицинских заведений (23) было ниже, чем в предвоенное время (в 1941 г. – 35). Помимо прочего, медицинские школы не имели достаточного количества помещений, не хватало учебной литературы и наглядных пособий [3-5].

Вследствие того, что подготовка медицинских кадров для БССР только разворачивалась, а направление медицинских работников из других республик не могло компенсировать имевшийся дефицит физических лиц, в 1945 г. их количество было ниже довоенного уровня. Число врачей в городе составляла 45,6% довоенного уровня, а средних медицинских работников – 57,9% [4].

В связи с недостатком медицинских кадров 37,4% врачебных должностей в городах (при высоком коэффициенте совместительства – 2,0) оставались незамещенными. Лечебно-профилактические учреждения БССР были укомплектованы

средними медицинскими работниками только на 74% [4].

Наряду с подготовкой кадров возобновилась работа по повышению квалификации медицинских работников. Народный комиссариат здравоохранения БССР совместно с Минским медицинским институтом организовывал и проводил в городах и деревнях научные воскресники для участковых врачей, а также декадники лекций по основным проблемам медицины. С этой целью еще весной 1944 г. Государственная центральная медицинская библиотека направила в освобожденные районы БССР 7 тыс. книг. Возобновили работу и научные медицинские общества (7 декабря 1944 г. – республиканское, 15 ноября 1945 г. – хирургическое).

Белорусский институт усовершенствования врачей начал деятельность с небольшого числа кафедр и слушателей 1 апреля 1945 г. в Минске. В 1945 г. Центральный институт усовершенствования врачей стал выделять первые путевки для медицинских работников Беларуси. Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (1931) в настоящее время – научный центр со сформированным научно-педагогическим коллективом и разнообразными направлениями деятельности. Это квалифицированная разработка и совершенствование нормативно-правовой базы последипломного медицинского образования, оптимизация образовательного процесса, повышение профессиональной подготовки главных врачей, врачей, главных МС, повышение квалификации и переподготовка специалистов и руководящих работников, осуществляемая на 4 факультетах и 52 кафедрах [11].

В БССР восстанавливается (1946) Витебский медицинский институт. За первые две послевоенные пятилетки Минским медицинским институтом подготовлено 3345 врачей. Половина из работавших врачей являлись выпускниками двух медицинских вузов БССР. Складывавшаяся в 1948 г. ситуация в биологической (доктрина Т.Д. Лысенко) и физиологической (учение И.П. Павлова) науке нашла отражение в программах подготовки медицинских кадров и работе медицинских учреждений.

За 1946-1950 гг. подготовлено 11788 средних медицинских работников (88,8% плана). Выпуск 1950 г. составил 51,6% уровня 1940 г. Вместе с тем медицинские школы с 1953 г. реорганиз-

зуются в училища, при них открываются (1955) заочные и вечерние отделения [5]. В 1953 г. медицинская школа преобразована в медицинское училище с едиными профилями и сроками обучения. В 60-е гг. XX в. произошло разделение медицинского обслуживания на две ступени, для тяжелобольных пациентов введена специальность младшей МС. Впервые должность главной МС утверждена приказом Министерства здравоохранения СССР № 395 в 1965 г., а в 1977 г. издано приложение № 45 к этому приказу, которым введена должность старшей МС [2, 4].

В связи со значительными человеческими потерями, обусловленными Великой Отечественной войной, важнейшей задачей государства в послевоенный период было повышение рождаемости. Государственная поддержка научных разработок, развития и финансирования медицинских организационных технологий, специальная подготовка медицинских кадров способствовали росту рождаемости и снижению детской смертности населения БССР на фоне политической и социально-экономической ситуации 1950-1964 гг. [15,16].

В СССР охват стационарным родовспоможением в городе составил в 1956 г. 100% состоящих на учете беременных, в селе – 67%.

Материальное обеспечение беременных и родильниц в 1956 г. было улучшено за счет увеличения продолжительности оплачиваемого отпуска по беременности и родам с 76 до 112 календарных дней согласно Указу Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 г.

За период 1950-1964 гг. охват детского населения врачебными и сестринскими патронажами значительно возрос и составил 99,8% (1964).

Сочетание мер в области медицины и здравоохранения с уровнем социально-экономического развития страны положительно сказались на динамике детской рождаемости и достоверном снижении детской смертности в этот период [15].

Юбилейные даты в истории общественного здравоохранения Республики Беларусь позволяют осмыслить пройденный созидательный путь в оказании медицинской помощи всему населению страны, базирующийся на научных исследованиях, позволяющей приближать качество жизни человека к высоким стандартам [11-

12].

Резюме. Перспективы развития сестринского дела базируются на отправных точках исторического опыта с учетом состояния системы здравоохранения в целом. Сестринское образование в послевоенное время прошло определенные этапы развития, совершенствуя процесс обучения, закрепляющий новое место и более самостоятельную роль МС. Опыт, накопленный военными медиками в сражениях Великой Отечественной войны, способствовал унификации научно обоснованных методов медицинской помощи раненым, что помогло в рамках военно-полевой медицинской доктрины связывать в один процесс принципы единства, последовательности, преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий на общей теории боевой патологии.

Довоенный опыт, формы и методы организации медицинской помощи матерям, детям в системе ПМП и совершенствование структуры родовспоможения учитывается в оптимизации деятельности сегодняшней амбулаторно-поликлинической и педиатрической помощи [2, 8, 9,13-15].

Значимость непрерывного обучения МС, Пвр, акушерок в современной практике, базирующегося на опыте прошлого, поддерживается научными исследованиями и педагогическими новациями в образовании. Формы и методы обучения на разных этапах развития и совершенствования медицинского образования врачей и МС должны быть применимы в современных условиях с акцентом на изменение роли и функций Пвр в развитии института ВОП, что укладывается в рамки социальной политики государства и рекомендаций международных организаций.

Литература

1. Мирский, М.Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) / М.Б. Мирский, Е.М. Тищенко, Н.Н. Хильмончик. – Гродно: ГрГМУ, 2007.

2. Матвейчик, Т.В. Теория сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2016. – 366 с.

3. Тищенко, Е.М. История медицины в XX веке /Е.М. Тищенко, Г.И. Заборовский. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 120 с.

4. Тищенко, Е.М. Общественное здоровье и здравоохранение /Е.М. Тищенко, Г.И. Заборовский. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 170 с.

5. Сорокина, Т.С. История медицины: учебник. – Изд. 3-е, перераб. и доп. /Т.С. Сорокина. – М.: Медицина, 2004. – 384 с.

6. Петрова, И.А. Медики в Сталинградской битве / И.А. Петрова, Е.В. Комиссарова // История в подробностях. – 2012. – № 8(26). – С. 68-77.

7. Слесарчук, А.А. Медицинская служба РККА: готовность и война/ А.А. Слесарчук. – М., 2015.

8. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.

9. Матвейчик, Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография / Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2018. – 171 с.

10. Асветнікі зямлі Беларускай: энцыкл. даведнік / рэдкал. Г.П. Пашкоў [і інш.]. – Мінск: Белсэнс, 2001. – 496 с.

11. Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 90-летию здравоохранения Республики Беларусь (Минск,19 июня 2009 г.)/ редкол.: В.И. Жарко [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2009. – 786 с.

12. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Н.Н. Пилипцевич [и др.]. – Минск: Новое знание, 2015. – 784 с.

13. Матвейчик, Т.В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.А. Шишко. – Минск: Ковчег, 2019. – 312 с.

14. Матвейчик, Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск: БелМАПО, 2016. – 244 с.

15. Матвейчик, Т.В. Проблемы в состоянии здоровья населения Республики Беларусь: возрастные аспекты смертности/ Т.В. Матвейчик, В.В. Антипов, С.И. Антипова // Медицина. – 2015. – № 4(91) – С. 57-65.

Глава 6. Междисциплинарное взаимодействие команды врача общей практики: трансформация роли Пвр и МС в профилактике отдельных хронических заболеваний

Внимание к МС, находящимся в постоянном и тесном контакте со множеством людей различных возрастов во всех сферах услуг здравоохранения, и потребность в их труде будут возрастать.

Каждый год 12 мая 2020 г. мир отмечает Международный день медицинской сестры в честь великой основоположницы современного сестринского дела Флоренс Найтингейл.

Опыт трансформации медицинского образования в Республике Беларусь, укрепления системы непрерывного профессионального развития, карьерного роста на основе принципа современного образования life-long learning влияет на интерес к обучению в базовом и дополнительном образовании взрослых [1, 2].

За 2010-2019 гг. отмечен рост числа практикующих врачей на 29,91%, средних медицинских работников – на 4,59%, а также численности врачей – на 10 тыс. населения, возросшей с 128 до 134,4, у МС – с 35,1 до 45,6 соответственно. Все это свидетельствует о доступности медицинской помощи и социальной стабильности, позволяющей развивать и совершенствовать базовое и дополнительное образование взрослых [2].

Повышение квалификации медицинских работников в Республике Беларусь базируется на внешних [3] и внутренних факторах [4]:

*Внешние факторы: ускорение обновления (удвоение информации в течение 3-5 лет), глобализация медицинской информации; увеличение числа лекарственных средств и высокотехнологичных методов лечения; удорожание медицинской помощи; рост числа пациентов с ХНИЗ на фоне увеличения доли престарелого населения до 25% к 2025 г.; повышение информированности и требований пациента.

*Внутренние факторы: качество и непрерывность медицинского образования; мотивация к успешному труду и непрерывному образованию; условия труда и материально-техническое обеспечение медицинского образования; контроль качества МП.

*Нормы этики, переход из моральной обязанности медицин-

ских работников в законодательно закрепленную норму, предусматривающую санкции, реализуемые через механизмы лицензирования и контрактной системы.

*Активное применение электронных и телекоммуникационных технологий (проблемное обучение в малых группах, дистанционное, симуляционное обучение, телемедицинское консультирование, обмен опытом через вебинары).

*Использование элементов доказательной медицины для электронной поддержки принятия управленческих и клинических решений, введение качественного изменения продолжительности базового и дополнительного образования. Этот опыт в течение 15 лет прошли 18 европейских государств (Peck et al., 2000). В 17 странах непрерывное медицинское образование считается необходимым, в 6 государствах оно регламентируется законом, в 13 – обеспечивается профессиональными медицинскими сообществами [3, 5-8].

Рост в 2015-2016 гг. онкологических заболеваний на 2,8%, заболеваний эндокринной системы, заболеваний, связанных с расстройством питания и нарушениями обмена веществ, – на 4,6%, динамика выявленных ВИЧ-инфицированных за 2010-2019 гг., возросшая с 11,3 до 22,6 на 100 тыс. населения, указывают на участки особого внимания для МС и Пвр.

Сохраняет актуальность вопрос мотивации МС к переменам и расширению полномочий и ответственности, обучению посредством стимулирующих механизмов:

- нормативного регулирования нагрузки с факторами защиты интересов не только пациентов, но и исполнителей [9-12];
- научных исследований [4,12,13];
- партнерства и междисциплинарного и межсекторального взаимодействия [14-18];
- управления лидерством через включение активных участников общественных объединений (БАВ, БелООМС) в процессы принятия решений о политике здравоохранения на местном, государственном и международном уровне в области сестринского дела.

Исходя из мнения ВОЗ о том, что МС исполняет зависимые и независимые функции, в составе команды ВОП целесообразен анализ развития междисциплинарного сотрудничества Пвр и МС

в области предупреждения наиболее распространенных ХНИЗ (сахарного диабета, онкологических заболеваний, зависимостей), актуализации вопросов биомедицинской этики.

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП: роль Пвр и МС в профилактике сахарного диабета

Рост ХНИЗ, среди которых основное место занимает СД [19, 20], выводит значимость его профилактики на новый уровень посредством команды ВОП с подготовленными МС и Пвр.

Согласно Минской декларации (2015) [21] предстоит разработка механизмов межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в ПМП. Известно, что в мире в 2015 г. каждый одиннадцатый взрослый болен СД, что требует экономически затратного лечения. Ежегодно в мире число пациентов с СД возрастает на 5-10%, что увеличивает значимость профилактики.

Распространенность СД в 2018 г. в Республике Беларусь – 6,8% после заболеваний системы кровообращения и онкологических заболеваний. Согласно данным 2017 г. расходы на здравоохранение у пациентов с СД в два раза выше и составляют 592,6 долларов США без учета косвенных расходов [19]. Для привлечения внимания к проблеме, возрастания информированности населения о СД и связанных с ним осложнений был учрежден Всемирный день борьбы против диабета (14 ноября). Подобные акции расширяют границы профилактики СД через воздействие на управляемые ФР (физическую активность, рациональное питание, курение, зависимости) среди населения и помогают медицинским работниками в мотивации пациентов с управляемым ФР к поведению, сохраняющему здоровье [22].

Известно, что здоровье человека зависит на 20% от наследственных факторов, на 20% – от условий внешней среды (экологии), на 10% – от состояния системы здравоохранения и на 50% – от человека, его образа жизни. Используя различные методы мотивации пациентов из группы риска по СД, Пвр и МС как члены команды ВОП становятся главными проводниками идеи профилактики СД [23].

Для достижения высокого качества жизни с СД необходимо осуществлять профилактику не только на популяционном уровне (оздоровление и реабилитация всех нуждающихся пациентов), но и предупреждать обострение имеющегося заболевания, т.е.

вторичную профилактику, осуществляемую врачами и МС [22].

Статистика по первичной заболеваемости СД I типа свидетельствует о росте в 4,5 раза (69,6-312,72 на 10 тыс. населения за 1995-2016 гг.) [22]. Количество пациентов за этот же период времени увеличилось в 2,8 раза. Средняя продолжительность жизни пациентов СД значительно изменилась: в 1921 г. была 10-летняя выживаемость, в 2016 г. – 58,5 года у женщин и 50,3 года у мужчин. Первичная заболеваемость СД II типа возросла в 5,1 раза (57,84-293,43 на 10 тыс. населения за 1995-2016 гг.). Количество пациентов за тот же период времени увеличилось в 3,2 раза, а средняя продолжительность жизни составляет 75,5 года, у женщин – 70,1 года, у мужчин – 58,5 года. Известен прогноз к 2040 г.: пациентов с СД будет 642 млн, распространенность достигнет 10,4%.

Частота осложнения СД в мире впечатляющая: каждые 12 мин случается инсульт, каждые 15 мин – ампутация конечности, каждые 18 мин – инфаркт миокарда, каждые 30 мин – слепота, каждые 90 мин у пациента возникает потребность в гемодиализе. Распространенность СД в форме ретинопатии – 30-60%, риск у пациентов с СД I типа в 1,79 раз выше; нефропатии – 20-40% (регистрированная – 28,8%, фактическая – 40,1%), полинейропатии – 70-76% [9, 20, 22]. Это свидетельствует о необходимости организации предупреждения последствий СД посредством «Школы сахарного диабета» (Школа СД), работа в которых в основном становится обязанностью Пвр и МС. Школа СД в Республике Беларусь начала функционировать на базе УЗ «3-я детская городская клиническая больница г. Минска» с 1993 г.

Опыт работы был тиражирован по всей стране и оказался таким высокоэффективным, что в 1999-2004 гг. в Республике Беларусь был открыт первый в СНГ учебно-реабилитационный центр для пациентов с СД, проводилась учеба врачей и МС [4]. К 2016 г. в Республике Беларусь было открыто 229 школ СД. Развивая этот опыт вторичной профилактики, академик Аметов А.С. установил, что целью обучения в Школе СД является не передача знаний, а стимуляция мотивации пациента по изменению поведения и привычек, что потребовало долгосрочной пожизненной мотивации с повторными курсами обучения для стойкой

компенсации при СД. Это привело к изменению функций Пвр и МС в обучении в Школе СД [21, 22].

Популяционная стратегия (государственные мероприятия) осуществляется в Республике Беларусь с помощью Регистра пациентов «Сахарный диабет», первый вариант которого действовал с 1997 г., новый – с 2007 г., обеспечивая оперативность управления организацией эндокринологической помощи. Начальный этап накопления информации обеспечивали МС. Массовая профилактика СД предусматривает налаживание рационального питания, повышение физической активности для всей популяции, снижение табакокурения, оздоровление окружающей среды, а также компоненты по совершенствованию диспансеризации населения (совещание Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.04.2018; приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.04.2018 № 335; постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 № 96). Согласно Европейским рекомендациям приоритетом для первичной профилактики являются здоровые лица, у которых имеется высокий риск развития СД из-за комбинации ФР [19].

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП особо востребовано в связи с возрастанием заболеваемости СД, наличием ФР у 15-20% населения, необходимостью обеспечения своевременным офтальмологическим консультированием пациентов согласно протоколам. Роль Пвр и МС в профилактике СД состоит в продолжении информирования проживающего здесь населения о ФР и ранних проявлениях СД, определении группы пациентов с высоким риском развития СД и отдельной работы с ней, совместно с общественными ассоциациями помощи в борьбе с СД. Индивидуализация оценки ФР, обучение навыкам самоконтроля, осмысленной оценке прогрессии хронических осложнений в Школе СД и 1 раз в 3-5 лет повторные курсы обучения способствуют эффективной профилактической деятельности Пвр и МС.

Направления взаимодействия команды ВОП:

➢ сотрудничество и активность общественных организаций типа «Детский диабет» и др. позволит врачам активнее приступить к пересмотру национальных протоколов диагностики и ле-

чения СД с использованием современных технологий («помпы») и лекарственных средств;

- расширение использования в лечении аналогов инсулина и полный переход на применение картриджной формы;
- обеспечение и обучение пациентов современными средствами самоконтроля (индивидуальной системой суточного мониторинга);
- оптимизация учета и ведения регистра СД с переходом на функционирование online, оперативный адресный доступ пациента в единое информационное пространство и отношение к компьютеру как инструменту для общения в «личном кабинете пациента» не должно иметь агрессивный характер. Это обусловлено и тем, что около 50% населения либо не владеют компьютером и навыками получения информации с его помощью в силу возраста части престарелых пациентов, либо отсутствия технических возможностей.

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП: роль Пвр и МС в профилактике алкоголизма и зависимости от наркотиков

Присоединение Республики Беларусь к достижению ЦУР на основе улучшения здоровья населения за счет усиления профилактической направленности опирается на широкое вовлечение людей в ЗОЖ. Цель № 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» контролируется по 13 показателям с помощью 27 национальных индикаторов, координируется Методическим советом по мониторингу и оценке устойчивого развития. Координатором от Министерства здравоохранения Республики Беларусь за работу в отношении ЦУР является главный государственный санитарный врач [24-27].

Выполнение ЦУР позволяет оценить масштабы того, что предстоит модернизировать в системе оказания помощи пациентам с зависимостями от алкоголя и наркотиков. Согласно Минской декларации (2015) [28] предстоит разработка механизмов междисциплинарного взаимодействия в области совершенствования помощи пациентам, в том числе с разнообразными зависимостями.

С 2012 г. на кафедре ОЗиЗ БелМАПО для главных (старших) МС в учебные программы введены вопросы по особенностям общения и организации ухода за пациентами психиатрического и наркологического профиля [29], по оказанию помощи пациентам с зависимостями.

Разработана методическая база для МС и Пвр [22, 30-32], обеспечивающая преемственность ПМП и специализированной медицинской помощи [33]. В 2018 г. в БелМАПО начата целевая подготовка специалистов санитарно-эпидемиологической службы по тематике совершенствования работы с показателями ЦУР.

Комплексный подход к программно-целевому планированию профилактических стратегий, направленных на достижение Целей повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [25], позволил достичь в Республике Беларусь снижения заболеваемости алкоголизмом с 349,2 на 100 тыс. населения (2009 г.) до 173,6 (2019 г.). Косвенным подтверждением реализации Комплекса мер по профилактике суицидального поведения населения в Республике Беларусь на 2015-2019 гг. и Плана мероприятий по реализации Концепции развития психиатрической помощи на 2016-2020 гг., разработки проекта клинического протокола оказания психиатрической помощи ВОП являются успехи в развитии психиатрической службы. Так, в 2009 г. смертность от психических расстройств составила 7,7 на 100 тыс. населения, в 2019 г. – 1,7 на 100 тыс. населения. Число суицидов в 2010 г. составляло 25,9 на 100 тыс. населения, в 2017 г. продолжает снижаться до 20,5 на 100 тыс. населения [35].

Позитивные результаты комплексной деятельности различных ведомств и междисциплинарный подход за 2010-2019 гг. свидетельствуют о снижении заболеваемости наркоманией и токсикоманией на 76,8%, заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами – на 41,1%.

Проблема наркомании настолько глобальна в мире, что для привлечения сотрудничества в создании международного общества, свободного от наркомании, 26 июня 1987 г. Генеральной Ассамблеей ООН был учрежден Международный день борьбы со злоупотреблением наркотиками на основе рекомендации Международной конференции по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом. Подоб-

ные акции расширяют границы профилактики психических зависимостей через воздействие на управляемые ФР [30, 33, 36, 37].

Проведен анализ о месте Пвр и МС и формах обеспечения междисциплинарного взаимодействия команды ВОП в профилактике среди населения и подростков алкоголизма и зависимости от наркотиков, поскольку они становятся главными проводниками идеи предупреждения осложнений [22, 30, 38].

В последние годы формирование ЗОЖ становится инструментом маркетинговых стратегий, продвижения производителями товаров и услуг, предполагая также развитие соответствующей инфраструктуры (специального оборудования, питания, всевозможных рекреационных и фитнес-центров и т.п.). В этой связи присутствует точка зрения о необходимости преодоления «биомедицинского подхода к пониманию здоровья, включения в поле зрения важнейшей характеристики жизнедеятельности человека – его образа жизни как фактора здоровья» [39].

Для достижения высокого качества жизни пациента с зависимостью необходимо осуществлять профилактику не только на популяционном уровне (оздоровление и реабилитация нуждающихся пациентов), но и предупреждать обострение имеющегося заболевания, т.е. вторичную профилактику. Особые навыки работы МС и Пвр с пациентами с зависимостями важны для длительного и доверительного взаимодействия со стороны пациента [31, 32, 37, 40]. Глубокое понимание МС и Пвр личности пациента и ее изменения под воздействием зависимостей позволяет им выявлять тех, кто более других предрасположен к алкоголизации или наркотизации [30-32, 40, 41].

Не ориентируясь в правилах поведения с лицами с разнообразными зависимостями, МС и Пвр могут допускать ошибки, ведущие к неблагоприятным последствиям для дальнейшей работы на участке ВОП. При анализе обыденной жизни человека, зависимого от ПАВ, отмечаются характерные, особые отношения между ним и окружающими. Эрик Берн описал эти отношения как игру «Алкоголик», понимая однотипно повторяющееся поведение, которое не всегда осознаваемо, имеет целью получить психологический или социальный «выигрыш». Выигрышем является эмоциональное состояние, к которому стремятся игрок и его партнеры. Игра дает возмож-

ность удовлетворять социальные потребности в общении, преодолевать чувство одиночества, может временно снижать эмоциональное напряжение игроков, но не решает внутренних проблем, поэтому заводит их в психологический и социальный тупик [30].

В этом взаимодействии все действующие лица на бессознательном уровне получают «выигрыш» и поддерживают игру. Вопрос состоит не в лечении Алкоголика, *не в выходе* его из игры, стимулирующей болезнь, *а в выводе* из участия всех остальных действующих персонажей. Именно они создают и возрождают игру «Алкоголик». Нарколог и психотерапевт обречены на сизифов труд, если не будут работать с созависимыми членами семьи.

Игра «Алкоголик» характерна для любых видов зависимости, но имеет особенности. При наркомании она более быстра, динамична и зловеща. Наибольшая нагрузка в ней приходится на Преследователя, который в нашем обществе готов все зло отнести на счет Наркомана. Ведущую роль играет Поставщик, имеющий сверхприбыль от реализации наркотиков. Парадокс ситуации в том, что правоохранительные органы привычно преследуют Наркомана, а не Поставщика, чем поддерживают игру.

Для созависимых, окружающих пациентов, и тех добровольцев, которые объединились с пагубной болезнью, психотерапевты выделили 10 правил. Они позволяют избежать игры «Алкоголик» и не стать Спасителем, Преследователем или Простаком [30].

Для высококвалифицированного сестринского взаимодействия Пвр и МС с пациентами, больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, помимо желания, важными являются знания по этике, психологии, деонтологии, праву.

В деятельности команды ВОП особое место будет занимать взаимодействие с «проблемными» семьями с рисками формирования зависимостей от алкоголизма и ПАВ [42], которые характеризуются:

1. Чрезмерной защитой (гиперопека, избыточный контроль у подростка вызывает протест; «негативизм» формирует пассив-

ность, неспособность к сопротивлению и делает его уязвимым для многих, в т. ч. алкогольных влияний).

2. Недостаточной функцией духовной близости (чаще – неполная семья). В таких семьях имеет место отрицание проблем, ложь, оговор других, агрессия – обычные способы защиты. Родители формируют агрессивно-оборонительное отношение к внешнему миру, поощряя девиантное поведение, до тех пор, пока поступки ребенка не вынудят искать не помощи для него, а защиты от него [42].

3. Конфликтностью, когда отношения строятся по типу соперничества, изоляции, невротического дополнения и т.п. Злоупотребление «средством манипулирования», мотив – желание добиться уступок.

4. Дети в неблагополучных семьях предоставлены сами себе, рано приобщаются к асоциальным группам, совершают противоправные поступки. В итоге формируется своеобразная «алкогольная личность», не способная противостоять алкогольному окружению. Несмотря на все это, ВОП и его помощники МС и Пвр обязаны продолжать деятельность по предупреждению алкоголизма и иных зависимостей на участке и в масштабах страны [30, 32, 37, 39, 41-46].

Возможный алгоритм организационных мероприятий в системе ПМП, направленных на совершенствование помощи лицам с зависимостями

1. Повышение уровня подготовки МС, акушерок и Пвр в сфере профилактики алкоголизма, а не только эффективная работа врачей-наркологов, поскольку существующая система медицинского образования уделяет проблеме психического здоровья несоизмеримо меньше внимания в сравнении с соматическими заболеваниями. В программах базовой подготовки и системе дополнительного образования взрослых для Пвр, акушерок и МС необходимо повысить информированность по вопросам потребления алкоголя и его влияния на здоровье.

2. Учитывать главные особенности профилактики негативных последствий для здоровья потребления алкоголя: наиболее эффективен лечебный подход, направленный на оказание *помощи чрезмерно пьющим* людям, а *не тяжелым алкоголикам*. Для уменьшения социального вреда алкоголя лучше фокусировать

внимание на выявлении и лечении большого числа лиц с незначительными алкогольными проблемами, чем на относительно малой группе пациентов с тяжелыми зависимостями.

3. Повысить обучение Пвр, акушерок и МС навыкам выявления пациентов, потребляющих алкоголь чрезмерно, с целью своевременной консультативной помощи. Скрининговые опросники CAGE и AUDIT, разработанные ВОЗ, являются легким инструментом определения алкогольных проблем с высокой точностью (до 80%). Краткосрочное вмешательство по результатам такого скрининга является экономически выгодным, поскольку в течение года после его проведения сокращается заболеваемость и травматизм пациентов, снижается потребление алкоголя [37, 43].

4. Использовать разработанную модель обучения специалистами дифференцированному подходу к пациентам в виде тренингов для команды ВОП, Пвр и МС [32].

Нравственные аспекты деятельности МС и Пвр в период пандемии COVID-19: сопереживание, доброта и участие

Пандемия COVID-19 углубила нравственные проблемы в оказании медицинской помощи людям. В нашей стране 14% лиц получают паллиативную помощь, из которых 85% – онкологические пациенты, а также пациенты с инсультом, ВИЧ, а теперь и с тяжелой формой коронавирусной инфекции [48].

Необходимость укрепления здоровья и оказания паллиативной помощи отражена в ряде резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения, ВОЗ, Европейского совещания по правам человека в 1994 г., Министерства здравоохранения Республики Беларусь [21].

Согласно политике ВОЗ Здоровье-2020, а вскоре и Здоровье-2030, ЦУР (Цель 3) осуществляется адаптация обязанностей МС и Пвр на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапе оказания медицинской помощи [51, 52].

Продолжает развиваться и совершенствоваться структура оказания помощи: в БСУ – на 4772 койках, в отделениях медико-социальной помощи – на 290 койках, в 17 отделениях паллиативной помощи на 479 коек для 463 взрослых и 16 детей и в 4 хосписах [50]. Заведующие структурными подразделениями в БСУ и хосписах составляют 1,57% от всего кадрового состава,

но это высококвалифицированные кадры, удельный вес лиц с квалификационными категориями составляет по Республике Беларусь 80,1%.

Обучение МС и Пвр новым технологиям ухода, осуществляемое в медицинских колледжах и вузах, включает вопросы биомедицинской этики, введенные в учебные программы с 2017 г. Деятельность БОКК является лучшим примером сочетания обучения технологиям ухода и высоконравственным идеалам гуманизма [53-55]. Основным постулатом в обучении является завет И. Кронштадтского: «Сестра милосердия должна научить больного полюбить свою болезнь». Обучение МС милосердия БОКК согласно многолетнему международному проекту «Укрепление службы сестер милосердия» базируется на комплексном подходе. Слова свт. Тихона Задонского лежат в основе содержания их деятельности: «Милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует перед Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце милосердие, потому что молитва без милости – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов».

Российские лейб-медики XVII-XIX вв. являются прообразом семейного врача и примером высокого уровня профессионализма, благотворительности и нравственности. За свой человеческий и врачебный подвиг последний лейб-медик царской семьи Е.П. Боткин, не оставивший своих пациентов и после их ареста и не будучи арестованным, разделил участь венценосных страстотерпцев до смерти, в 2016 г. причислен к лику святых. Это единственный врач XX столетия, удостоившийся подобной милости у Господа, действовавший по совету преп. Нектария, старца Оптинского: «Творите добро ближнему, делайте внешнее, а когда оно будет в исправности, то и внутреннее образуется. Но сделав добро, не гордитесь, а благодарите Господа: «Твоим благословением, Господи, совершил я это». Помните завет из Библии: «Без Меня не можете творить ничесоже».

Обучение основам биомедицинской этики является перспективным направлением в обучении всех МС, способствует социализации и возрастанию роли в обеспечении качества организации деятельности средних и младших медицинских работников с

применением новых технологий, этики, права и психологии делового общения [56-63]. Это направление соответствует акценту в докладе ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.» [62]. Материально-техническое обеспечение труда врачей, МС, акушерок, Пвр, междисциплинарное взаимодействие и этическая составляющая мотивации их труда в период пандемии COVID-19 способствуют более полному раскрытию их потенциала [63, 65].

Международные этические принципы не являются новыми для МС в эпоху борьбы с COVID-19. Впервые они были приняты на заседании Большого совета МСМС в Сан-Пауло (Бразилия, 1953), впоследствии пересмотрены во Франкфурте (Германия, 1965), затем в Мексике (1973, 2006). Рекомендации по применению принципов и Рекомендации по распространению Свода правил были выработаны профессиональным служебным Комитетом МСМС в 1974 г. [65]. В настоящее время МС руководствуются постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64 «О Правилах медицинской этики и деонтологии» и др. [21].

В период первого подъема заболеваемости пациентов коронавирусной инфекцией МС столкнулись с негативными эмоциями пациентов: страхом, злостью на себя и других, грустью по утрате самостоятельности, зависимостью как способом избежать перегрузки и временной беспомощностью. Выяснилось, что МС не владеют информацией о том, как уместно выразить соболезнование родственникам ушедших пациентов [57]. В связи с возникшей потребностью нынешнего времени в профессиональных кадрах Пвр, акушерок, особенно МС-анестезистов, осуществлено экстренное повышение их квалификации врачами-инфекционистами и военными врачами.

Влияние пандемии COVID-19 сказалось разрушительным образом на здоровье населения всех стран мира. Медицинские и этические вопросы оказания помощи заболевшим и остальным жителям разных стран вскрыли неожиданные проблемы. Одной из них был вопрос избирательной деятельности врачей в условиях дефицита (аппаратов искусственной вентиляции легких, компьютерных томографов, средств индивидуальной защиты).

Известно, что Комитет по биоэтике (ДН-Bio) в 2014 г. опубликовал «Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни» для облегчения выполнения принципов, закрепленных Конвенцией о правах человека и биомедицины (Конвенция Овьедо, ETS No 164,1997) [65]. В работе рассматривались этические и правовые аспекты процесса принятия решений, сам процесс и выводы-рекомендации. Поскольку данный вопрос касается деятельности врача и врачебных консилиумов, для МС будет полезным напоминание принципов, составляющих основы фундаментальных прав, закрепленных в Европейской конвенции по правам человека:

✓ право автономии, признание законных прав личности на свой выбор;

✓ принцип принесения пользы и не причинения вреда на основе свободного информированного согласия перед любым вмешательством на основе уважения частной жизни;

✓ право на отзыв пациентом информированного согласия отражено в статье 5 Конвенции о правах человека и биомедицине;

✓ право на защиту от негуманного и унизительного обращения зафиксировано в статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицине;

✓ принцип справедливости – предоставлять только соответствующее лечение с учетом ожидаемых эффектов для здоровья пациента. Важно знать, что если в ситуации конца жизни может ставиться вопрос ограничения или прекращения лечения, не приносящего больше никакой пользы, то вопроса о прерывании ухода, включая паллиативное лечение, предназначенное для сохранения качества жизни пациента, возникать вообще не должно.

Принцип справедливости в равном праве на доступ к медицинской помощи закреплен в статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицине. Паллиативный уход – интегральная часть здравоохранения и правительства – должен гарантировать активный уход, направленный на контролирование боли и других симптомов, обеспечение поддержки в борьбе с психологическими и социальными проблемами, где возможно – и духовной поддержки пациента и членов его семьи.

Участники процесса принятия решений (все члены бригады, осуществляющей уход и те, кто близок к пациенту) оценивают способность пациента понимать существенную информацию, оценивать ситуацию и последствия лечения, способность размышлять, сравнивать альтернативы и взвешивать риски и способность формулировать выбор, выразить и обосновать его.

В случае невозможности участия пациента в принятии решения ориентируются на выраженные ранее пожелания («предварительные распоряжения» или «завещания жизни», письменно осуществляемые полномочным поверенным лицом).

Принятие коллективного решения состоит из трех главных стадий: индивидуальной, коллективной и заключительной [50, 65].

Из опыта работы с людьми, зараженными коронавирусной инфекцией, можно представить портрет «идеального» пациента:

✓ у такого человека нет потребительского экстремизма;

✓ у него отсутствует непрофессиональная осведомленность о болезни (он не пользуется чайд-лайком);

✓ он не имеет потребности жаловаться, но у него присутствует необходимость договариваться;

✓ при отсутствии налаженного ухода и дефиците чего-либо у пациента нет намерения жаловаться на самого незащищенного участника – МС;

✓ у такого пациента присутствует готовность вместе брать ответственность за свое здоровье.

Ошибки старших МС при работе в условиях коронавирусной инфекции могут случиться по неопытности, но существуют типичные ошибки при выписке, учете, хранении и утилизации психотропных веществ и наркотических средств [47]. Для предотвращения нарушений выписки, учета, хранения и утилизации психотропных веществ и наркотических препаратов работа главных (старших) МС подлежит контролю со стороны администрации всех уровней управления, включая уголовную ответственность [58-60,66].

В связи с тем, что пандемия коронавирусной инфекции выявила ряд проблем для общества и конкретного пациента, для тех медицинских работников, кто был подготовлен к работе в условиях физических и эмоциональных перегрузок и высоких

темпов и объемов работы, навык психологической поддержки оказался очень востребованным [56, 57, 61, 67-69].

В связи с этим МС, как и врачи, могут оказать психологическую поддержку, если:

- заметив подавленность пациента, обеспечат ему анонимную бесплатную круглосуточную консультацию врача-психотерапевта или кризисного психолога, онлайн-помощь;
- будут стимулировать пациента на планирование ближайшего позитивного будущего, на воспоминания о приятных жизненных моментах;
- поддерживать в больном человеке надежду на выздоровление и поощрять проявления юмора;
- окажут помощь пациенту в преодолении временных трудностей, которая дает оптимизм и бодрость и самим врачующим;
- позволят пациенту выражать свои отрицательные эмоции (злость, тревогу, сожаление об упущенных возможностях), не принимая их к себе лично, а воспринимая как проявления болезни. При этом необходимо пресекать развитие синдрома выжившего, проявляя сочувствие к утратам;
- МС быть особо наблюдательной при лечении пациентов с психическими расстройствами в анамнезе, о суицидальных мыслях и их намерениях немедленно сообщать врачу.

Резюме. Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, является необходимой частью здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке. Профилактическая роль МС и Пвр в осуществлении борьбы с ХНИЗ обусловливает их новое место в первичной и вторичной профилактике СД и других заболеваний при диспансеризации. Их работа на участке ВОП состоит также в продолжении информирования населения о ФР и ранних проявлениях алкоголизма, определении группы пациентов с высоким риском развития зависимости и отдельной работы с ней, совместно с общественными ассоциациями в системе наркологической помощи [31, 42, 43, 47, 48]. Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП востребовано в связи с наличием ФР у 10-12% населения, особенно обеспечение своевременного психологического консультирования пациентов с зависимостями согласно протоколам.

Выработана новая модель деятельности со значительным расширением функций сестринских работников за счет рационального перераспределения полномочий в команде ВОП в пользу предупреждения заболеваний [10, 48, 64]. Как отметила заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Семенова Т.А., «роль МС как помощника врача уходит в прошлое, уступая место МС – помощнику пациента. Расширение сферы деятельности МС будет способствовать повышению доступности и качества медицинской помощи».

В результате комплексного подхода к улучшению психического здоровья в Республике Беларусь достигнут определенный уровень междисциплинарного (ВОП и врачи-психиатры) и межведомственного взаимодействия по различным направлениям деятельности с Министерством образования Республики Беларусь, Министерством информации Республики Беларусь, МВД Республики Беларусь, Следственным комитетом Республики Беларусь и Государственным комитетом судебных экспертиз Республики Беларусь, Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь [34, 41 ,43, 46].

Целенаправленная государственная политика, направленная на предупреждение и преодоление негативных последствий потребления алкоголя населением, обусловила тенденцию к снижению общего числа лиц, страдающих наркологическими расстройствами [33].

Анализ опыта преодоления пандемии в Китае свидетельствует о том, что медицинским работникам необходимо следить за информацией о распространении инфекции на сайтах ВОЗ (who.int/ru) и Министерства здравоохранения Республики Беларусь (minzdrav.gov.by/ru).

Рекомендации экспертов состоят в изучении и оперативном использовании опыта врачей-эпидемиологов Китая. Стратегия изоляции, применение методов диагностики, уровень информированности граждан, скорость реагирования системы здравоохранения на складывающуюся ситуацию, выявление потенциальных больных, их немедленная изоляция, установление контактов и путей возможного заражения способны снизить уровень заражения людей [68, 69].

Недостаточно высокий уровень социальной ответственности у части инфицированных коронавирусной инфекцией пациентов в Российской Федерации, например, наказуем в уголовном порядке. Отечественным законодателям, педагогам и медицинским работникам предстоит прививать населению ответственность за заведомое заражение больших групп других людей (при невыполнении режимов изоляции, рукопожатиях, несоблюдении принципа «социального дистанцирования» в общественных местах).

Прогностический характер организации медицинской помощи под руководством Министерства здравоохранения Республики Беларусь позволяет сдерживать натиск страшной инфекции, на переднем рубеже борьбы с которой стоят врачи и МС, фельдшеры скорой помощи и волонтеры.

Вследствие смещения акцентов с борьбы с ХНИЗ на преодоление пандемии COVID-19, в перспективе предстоит сделать анализ дефектов наблюдения, сроков диспансеризации, полноты объема диагностических исследований, нарушения этики у текущего контингента наблюдаемых, чтобы по завершении пандемии вернуться к плановой деятельности по диспансерному наблюдению.

Информационно-педагогическая деятельность МС, акушерок, Пвр становится важным звеном работы с населением по поводу обоснованных вызовов скорой медицинской помощи, транспортировки или на обезболивание, о правилах респираторной гигиены и др.

Деятельность медицинских работников по преодолению угрозы для человечества будет и впредь базироваться на мобилизации и переориентации пациента на его будущее после болезни и ценности, важные до болезни, предложении людям ощущения стабильности и спокойствия.

Литература

1. Ющук, Н.Д. Непрерывное обучение врачей – требование современной практики здравоохранения / Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов // Мед. образование и проф. развитие. – 2013. – № 1. – С. 16–25.

2. Матвейчик, Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и пер-

спективы: монография /Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2018. – 171с.

3. Матвейчик, Т.В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Выш. школа, 2016. – 366 с.

4. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России: что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года»/ Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 96 с.

5. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография/ Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск, 2014. – 303с. https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQTjdaT3hUSjlBZWc

6. Цели развития тысячелетия в Европе и Центральной Азии: достижения, проблемы и дальнейшие шаги. – ООН: Нью-Йорк, Женева, 2011. – 132 с.

7. Герасименко, М.А. Система непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь и за рубежом : учеб.-метод. пособие / М.А. Герасименко, Т.В. Калинина. – Минск: БелМАПО, 2015. – 37 с.

8. Научные исследования в сфере социально-экономических и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и конвергенция знаний: монография / И.В. Абакумова [и др.]; под ред. Р.М. Байгулова, О.А. Подкопаева. – Самара: Офорт, 2016. – 439 с.

9. Кралько, А.А. Медицинское право: учеб.-метод. пособие /А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2014. – 277 с.

10.Матвейчик, Т.В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.

11.Матвейчик, Т.В. Подготовка медицинских сестер в Республике Беларусь и за рубежом / Т.В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2017. – № 4. – С.21-29.

12.Матвейчик, Т.В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациенты /Т.В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2014. – № 8. – С. 45–50.

13.Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: монография / И.А. Бондаренко [и др.]; под ред. И.А. Бондаренко, О.А. Подкопаева. – Самара: Поволжская научная корпорация, 2018. – 316 с.

14.Кралько, А.А. Медицинское право: учеб.-метод. пособие: в 3 т. /А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2019. –Т.I. – 154 с.; Т.II – 150 с.

15.Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие для студентов / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 295 с.

16.Матвейчик, Т.В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.А. Шишко. – Минск: Ковчег, 2019. – 290 с.

17.Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография / В.С. Глушанко [и др.]; под ред. ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 185 с.

18.Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2011. – 237 с.

19.IDF Diabetes Atla, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabete Federation [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: http:// www.diabetesatlas.org. – Дата доступа: 14.01.2019.

20.Diabetes country profiles [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: http:// www.who.int/diabetes/ country-profiles. Дата доступа: 14.01.2019.

21.http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015
http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe_delo/shkola_sah_diabeta.pdf

22.Матвейчик, Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб. пособие /

Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск: БелМАПО, 2016. – 244 с.

23.О здравоохранении: Закон Республики Беларусь 18 июня 1993 г. № 2435-XII (с изм. и доп.)// Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992 –2019.

24.Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 № 200.

25.Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 марта 2011г., № 335 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2019.

26.Об организации работы по формированию здорового образа жизни в системе здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Коллегии М-ва здравоохранения Республики Беларусь, 28 дек. 2011 г., № 21.4 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2019.

27.Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/. – Дата доступа: 22.10.2019.

28.Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

29.Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – Минск: РИПО, 2014. – 276 с.

30.Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Белпринт, 2012. – 188 с.

31. http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe delo/soprov rukov odstvo.pdf.

32.Медико-социальное сопровождение пациента психиатричес-кого и наркологического профиля в практике медицинской сестры: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Ковчег, 2013. – 226 с.

33.Пиневич, Д.Л. Здравоохранение Республики Беларусь: программно-целевое планирование профилактических стратегий, направленное на достижение Целей Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года/ Д.Л. Пиневич, Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Здравоохранение. – 2017. – № 11. – С. 5-13.

34.https://belmapo.by/assets/templates/files/publications/oziz/img 726.pdf

35.Здравоохранение в Республике Беларусь. Офиц. стат. сб. за 2000-2019 гг. – Минск: ГУ РНМБ, 2019.

36.Матвейчик, Т.В. Защитим их жизни: профилактика суицидального поведения учащихся / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, В.М. Хомич // Профессиональное образование. – 2015. – № 1. – С.52-57.

http://www.belmapo.by/assets/files/publications/oziz/profilakt suiçid.pdf

37.Молодежь в зоне риска: социально-культурные основы профилактики пьянства и алкоголизма /под ред. О.А. Павловской; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т философии. – Минск: Бел. навука, 2015. – 429 с.

38.Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Н.Н. Пилипцевич [и др.]. – Минск: Новое знание, 2015. – 784 с.

39.Миклашевич, И.М. Трансформация концепции здорового образа жизни в социальных репрезентациях здорового образа жизни руководителей высшего звена Республики Беларусь

/И.М. Миклашевич // Гуманитарные основания социального прогресса: Россия и современность сб. статей междунар. науч.-практ. конф., Министерство образования и науки Российской Федерации; Московский гос. ун-т дизайна и технологии, 2016. – С. 242–246.

40.Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства : учеб.-метод. пособие (для обучающихся в системе доп. образования взрослых (мед., соц., пед. работников) [Электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2012. – 160 с. – Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf.

41.Вальчук, Э.А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиограф. справочник): науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО за 2001-2013 гг. /Э.А. Вальчук, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2014. – 34 с. http://www.belmapo.by/downloads/oziz/2014/bibliograph.doc

42.Матвейчик, Т.В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2019. – 120 с.

43.Оценка уровня потребления незарегистрированного алкоголя: монография /С.И. Осипчик [и др.]. – Минск: Колорград, 2018. – 70 с.

44.Первичная медико-санитарная помощь – 40 лет Алма-Атинской декларации. – Информационный бюллетень – октябрь 2018 г.: http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/163.html 2

45.Пилюшенко, А.В. Вопросы теоретического осмысления категорий «образ жизни» и «здоровый образ жизни» / А.В. Пилюшенко // Вестник Томского гос. ун-та. – 2015. – № 398. – С. 50–54.

46.Фомичева, М.Л. Роль экспертной оценки в обосновании совершенствования организации первичной медицинской помощи/ М.Л. Фомичева, В.А. Борцов, О.С. Хихлич // Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья: матер. III Всеросс. науч.-практ. конф. – Новосибирск: Сибмедиздат, 2018. – С.112-113.

47.Матвейчик Т.В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2020. – 203 с.

48.Матвейчик, Т.В. Глобальные вызовы хронических неинфекционных заболеваний: сестры на страже/ Т.В. Матвейчик // Актуальные вопросы медицины и Второго Спутникового форума по общественному здоровью и политике здравоохранения: матер. VIII Междунар. науч.-практ. конф., 10-12.04.2019 г., Азербайджан (Баку). – Vol. 6. – 2019. – С.133. http://drive.google.com/open?id=1h7twOQsBOPvj85KfnjCzAPqPRxJIgFSO

49.Матвейчик, Т.В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, С.Ф. Новицкая. – Минск: Изд-во Lambert, 2014. – 83 с.

50.Матвейчик, Т.В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, Ю.В. Вискуб, С.М. Русак. – Минск: Ковчег, 2018. – 288 с.

51.Якаб, Ж. Здоровье-2020 – достижение целей здоровья и развития в сегодняшней Европе / Ж. Якаб, А. Д. Цурос // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 2. – С. 4–14.

52.От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего. – Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, 2018. – 79 с.

53.Медико-социальная помощь на дому: пособие для мед. сестер милосердия /БОКК; под ред. В.П. Сытого. – Минск: Белсэнс, 2011. – 341 с.

54.Медико-социальная помощь пожилым: монография /И.Н. Мороз [и др.]. – Минск: Попурри, 2013. – 232 с.

55.Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2011. – 237 с.

56.Доступность и качество медицинской помощи в ответах пациентов и медицинских работников Могилевской помощи

/М.М. Сачек М.М. [и др.]. – Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – № 1. – С.38-47.

57.Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

58.Зильбер, А.П. Этюды медицинского права и этики /А.П. Зильбер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 839 с.

59.Иванюшкин, А.Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты/ А.Я. Иванюшкин. – М.: Авторская академия, 2010. – 112 с.

60.Матвейчик, Т.В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» / Т.В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 2(105). – С. 36-41.

61.Марченко-Тябут, Д.А. Технологии делового общения /Д.А. Марченко-Тябут, С.Ф. Новицкая, Е.В. Шпаковская. – Минск: БелМАПО, 2015. – 58 с.

62.Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров: доклад ВОЗ. – Копенгаген, 2020. –16 с.

63.Обеспечение сотрудничества между службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения. – Европейское региональное бюро ВОЗ. –Копенгаген, 2018. – 48 с.

64.Матвейчик, Т.В. Медицинская помощь и модели ее оказания медицинскими сестрами в современных условиях / Т.В. Матвейчик // Медицинские новости. – 2017. – № 3. – С. 22-27.

65.Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни. – Комитет по биоэтике Совета Европы: Совет Европы, май 2014. – 32 с. https://www.youtube.com/channel/UCSvQ4Nts3s1bDU1faM4PxXg.

66.Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: Выш. шк., 2006. – 301 с.

67.Дегтярев, Ю.Г. Коронавирус: вопросы и ответы / Ю.Г. Дегтярев //Медицинские знания. – 2020. – № 2. – С. 3-6.

68.Матвейчик, Т.В. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции / Т.В. Матвейчик //Вестник медицинского института им. Меграбяна. – 2020. – № 9. — С. 31-40.

69.Проблемы врачебной этики в современном мире //Тезисы докладов XVI международной медицинской конференции. – Управление здравоохранения Витебского облисполкома; Витебская Епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь. – Витебск, 2020. – 127 с.

Глава 7. Научно-педагогические инновации в области образования главных (старших) медицинских сестер в Республике Беларусь

Внимание человеческого сообщества к работе МС возрастает в Республике Беларусь, как и в развитых странах мира, что обусловлено извечным стремлением ко все более полной, доступной и качественной медицинской помощи через государственные институты. Для обеспечения слаженной работы средних медицинских работников необходимы руководители (главные и старшие МС), а также системный подход к их обучению [1-3];

• Актуальным вкладом в подготовку руководителей сестринского дела явилась публикация [2], содержащая программу «Опыт прошлого – шаг в будущее», легшего в основу проекта Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2020-2024 гг.

Курс «Организация сестринского дела» был создан 6 марта 2001 г. на кафедре ОЗиЗ БелМАПО, был востребован практическим здравоохранением и стал продолжением идей ВОЗ по развитию сестринского образования и лидерству [3-5]. Его основателем является д.м.н., профессор Э.А. Вальчук.

Идея была поддержана не только Министерством здравоохранения Республики Беларусь (министр Зеленкевич И.Б.), руководством БелМАПО (ректор Мрочек А.Г.), но и многочисленными последователями из числа членов БелООМС (председатель Кулагина Г.В.). Развитие этого практического педагогического направления в обучении главных (старших) МС в рамках научной школы по общественному здоровью и здравоохранению в Республике Беларусь происходит на основе отечественных и международных резолюций.

Требование к образованию в настоящее время состоит в следовании девизу ЮНЕСКО: «Всем профессиям – высшее образование» и имеет ряд *особенностей*:

• тенденция сохранения сложившихся традиций классического образования с постепенным усилением практической ориентации с применением элементов симуляционного обучения. Симуляционное обучение – это обязательный компонент в модели профессиональной подготовки МС в Российской Федерации и

за рубежом с целью предоставления каждому обучающемуся в системе базового среднего специального, высшего и дополнительного образования возможности выполнить навыки или элементы профессиональной деятельности в соответствии с имеющимися стандартами (порядками, правилами) оказания медицинской помощи. В Республике Беларусь это направление развивается с 2013 г. [эл. рес. 6-8; 9-12];

- типология непрерывного обучения, предложенного ЮНЕСКО в формах формального, неформального и информального образования. Формальное образование – это системное и целенаправленное обучение в учреждениях образования кадрами профессиональных педагогов, гарантирующее уровень и качество обучения МС. Неформальное образование осуществляется людьми от случая к случаю, без участия педагогов, не носит системного характера и не всегда эффективно. В настоящее время наибольший интерес вызывает информальное образование как самостоятельный способ получения знаний из разнообразных источников: профессиональной литературы, интернета, в процессе конференций, вебинаров, консилиумов и т.д. Данная форма продолжает развиваться параллельно с завершением информатизации отрасли и компьютерной грамотностью врачей-терапевтов, которая колеблется от 35 до 67%, среди МС с высшим образованием от 60 до 88% [2, 5, 12,13; эл. рес.6];
- возможность частичного перехода к частично дистанционному обучению через этап очного-заочного обучения в перспективе при обучении на теоретических кафедрах;
- коммерциализация образования и образовательных услуг [36].

В рамках Болонской декларации с 2015 г. в Республике Беларусь начата подготовка магистров по реабилитологии, которое предусматривает повышение качества образования, ранее (1989 г.) признанное 23 государствами Европы. Это расширяет и облегчает доступ к современному образованию медицинских сестер с высшим образованием на основе возможности выбора и совмещения различных моделей образования (англосаксонской и германской) [14,15].

Выполняемые в настоящее время задачи по развитию сестринского дела:

• Формирование условий для повышения эффективности и усиления роли сестринских работников в оказании ПМП населению путем совершенствования нормативной правовой и материально-технической базы сестринской деятельности при переходе на работу по принципу ВОП.

• Использование современных и экономически приемлемых организационных форм и ресурсосберегающих технологий в работе медицинских сестер, обеспечивающих качество медицинской помощи, ее профилактическую направленность, повышение удовлетворенности населения.

• Совершенствование системы управления сестринской деятельностью путем учреждения должности руководителя сестринского дела в областных комитетах по здравоохранению, что повысит эффективность использования кадровых ресурсов в здравоохранении посредством более широкого использования информационного обеспечения;

• Оптимизация системы оплаты труда специалистов с высшим сестринским образованием с учетом специфики их работы, а также по результатам труда.

• Совершенствование системы профессиональной подготовки в вузах и колледжах в соответствии с потребностями рынка труда в каждом регионе, путем формирования высококвалифицированного специалиста сестринского дела, способного к самостоятельному принятию решения в пределах своей компетенции, основанной на внедрении научных исследований.

Учебно-педагогические новации на курсе
«Организация сестринского дела»
кафедры общественного здоровья и здравоохранения

В БелМАПО осуществляется система мониторинга качества знаний обучающихся слушателей:

➢ стратегический уровень (республиканские и международные нормативные правовые документы);

➢ тактический – ректор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Академии;

➢ технологический (оперативный) – ведущий доцент курса (научного направления);

➢ сотворчество обучающихся людей;

➢ вариативное расписание от лекции к практическим занятиям, от решения ситуационных задач к дискуссии по теме, от деловой игры к лекции, современные методы проведения занятий (мастер-классы, решение ситуационных задач) с атмосферой ответственно-заинтересованного отношения к овладению знаниями, совершенствованию конструктивного диалогического общения и формированию навыков социального взаимодействия.

Осуществление учебной, педагогической, организационной, методической, инновационной практической и инициативной научной деятельности произошло благодаря созданным условиям для обучения и саморазвития главных МС-организаторов в БелМАПО.

За 2001-2020 гг. работа курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ была эффективной в разнообразных направлениях.

I. Учебно-методическая деятельность

Издано 8 монографий, 35 пособий (из них 5 – с грифом Министерства образования Республики Беларусь), 5 инструкций по применению Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 1 производственный стандарт, переиздано 5 учебных пособий, 1 пособие используется межбиблиотечным абонементом Российской Федерации, по 1 – в ФРГ, Латвии и Грузии.

Разработано 19 учебных образовательных программ на 160 и 80 учебных часов. В их числе находится учебная программа повышения квалификации, 5 инструкций по применению, 2 специальные программы ПК для Белорусского Общества Красного Креста; по 1 специальной программе ПК для Департамента исполнения наказаний МВД Республики Беларусь, для санаторно-курортных и оздоровительных организаций, для медико-социального обеспечения в работе БСУ.

Публикационная активность специалистов курса: имеется 260 публикаций по проблемам сестринского дела, в том числе в СНГ – 6,8%, за рубежом – 3,4%.

II. Организационная работа

- Организовано 10 республиканских конференций, семинаров, чтений;
- проведено и опубликовано 8 медико-социологических исследований;

- 3 годичных обучающих семинара в «Школе старшей МС»;
- проведено заседание 5 круглых столов по проблемам общественного здоровья и сестринского дела в Республике Беларусь и 4 – за рубежом в рамках научных конференций и форумов (Греция, Грузия, Латвия, Казахстан).

III. Работа по ФЗОЖ

- Проведено заседание 8 круглых столов по проблемам ЗОЖ [7, 8], в т.ч. 2 республиканских;
- организовано и проведено 5 республиканских мастер-класса по идеологии здоровья;
- изданы учебно-методические пособия [8,16; эл. рес. 17];
- ведение рубрики «Здоровый образ жизни» в республиканских журналах «Народная асвета» (2003-2010), «Веснік адукацыі» (2008-2011), «Вестник пенитенциарной медицины» (2007-2011), «Профессиональное образование» (2014-2015); постоянные публикации в журнале Российской Федерации «Медицинская сестра» (2015-2020).

Анализ информационно-просветительной деятельности на курсе «Организация сестринского дела» свидетельствует, что МС активно включены в формирование ЗОЖ, поддержку семейных ценностей через элементы сестринской педагогики и модель здорового стиля жизни через личный пример [16,19]:

*Двигательная активность и закаливание в разные возрастные периоды (выступления в «Школах пациентов» разного возраста, а также физкультминутки на курсе ОСД; самоконтроль физического состояния при занятиях адаптивной физической культурой) [20, 21].

*Рациональное питание для разнообразных групп населения, в т.ч. в Школе третьего возраста [18-20, 22, 28].

*Отказ от вредных привычек через доказательные примеры из личной практики [эл.рес. 17].

*Позитивное психоэмоциональное поведение, при наличии проблем со здоровьем – овладение приемами противостояния хроническому стрессу. Введение в программы обучения главных (старших) МС основ профилактики синдрома профессионального выгорания с 2001 г. и его постоянная популяризация для педагогов с введением раздела в обучающие программы базового образования в колледжах и вузах с 2003 г. [23-27].

*Безопасное сексуальное поведение в группах подростков и взрослых людей на фоне примеров распространения ВИЧ/СПИД [16, 27-29].

*Медицинское взаимодействие с системой оказания социальной помощи [27-31].

*Адекватный режим труда и отдыха, включая собственное поведение [12,16,17].

Из 4 категорий образа жизни МС могут влиять на качество жизни и, в определенной мере, на формирование стиля жизни, в то время как уровень и уклад жизни находятся вне зоны их компетенции [16,18].

IV. Сотрудничество курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ

Рекомендуемое ВОЗ и нормативной базой здравоохранения, развиваемое отечественными специалистами и учеными [эл. рес. 6-8] межведомственное взаимодействие, столь полезное для интеграции работы на стыке специальностей, осуществляется многовекторно:

*с Министерством образования Республики Беларусь [12,16, 27, 30, 32];

*с системой МВД Республики Беларусь (обучающие семинары 1 раз в год) (2002-2015);

*с Департаментом исполнения наказаний МВД Республики Беларусь (1 специальная учебная программа, 1 учебное пособие) (2002- 2011) [28];

*с Белорусским Обществом Красного Креста (разработка стратегического плана сотрудничества БОКК с Советом министров Республики Беларусь, 2 специальных учебных программ для МС милосердия, соавторство в коллективной монографии) [29, 30];

*с ГУ «Центр по санаторно-курортной работе «Центркурорт» Управления делами Президента Республики Беларусь» – организация конференции СНГ, участие в республиканской конференции, посвященной санаторно-курортному лечению; разработка учебной программы ПК для главных (старших) МС; издание учебного пособия с грифом Министерства образования Республики Беларусь и открытие специального курса ПК с 2016 г. [14,19];

*с Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь (2 учебных пособия, в том числе 1 с грифом Министерства образования Республики Беларусь, 1 специальная учебная программа, 1 специальный курс) [20, 31];

*с БелООМС (подробнее гл.3);

*с Белорусской Православной Церковью в рамках Договора о сотрудничестве Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерств образования Республики Беларусь (организация и участие в конференции СНГ, 4 республиканских конференциях, 3 ярмарках-выставках, 3 благотворительных акциях) (2008-2011);

*с Российской Федерацией – постоянные публикации в журнале перечня ВАК «Медицинская сестра», участие в международных конференциях «Росмедобразование» с 2013 г., участие в международных и всероссийских конкурсах на лучшее научное издание, учебник, монографию – 1 диплом победителя и 10 дипломов лауреатов за 2013-2019 гг.,; на лучшую научную статью – 5 аналогичных дипломов; учебное пособие [32] с 2014 г. выставлено для пользования в межбиблиотечном абонементе РФ с Государственной сертификацией Росстандарт, как и 13 работ; награжденных дипломами лауреатов;

*с Латвийским обществом врачей и МС (выступления на международном форуме русскоговорящих врачей «Новая волна в медицине» в 2013-2019 гг., ежегодные публикации);

*с ФРГ – выставка в Немецкой национальной библиотеке пособия [15];

* с Австрией 5 публикаций статей за 2014-2016 гг.;

* с Польшей – 3 научные статьи, с Грецией – 2 публикации, с Грузией – 1 публикация, с Латвией – 5 публикаций, с Азербайджаном – 3 публикации, с Арменией – 3 публикации, с Украиной – 3 публикации.

V. Элементы информационных технологий через создание на кафедре ОЗиЗ базы для электронной библиотеки

В рамках развития информационной системы для совершенствования электронного здравоохранения, для повышения доступности имеющихся публикаций по сестринскому делу издана электронная книга «Социально-педагогическое сопровождение профессионального самоопределения руководителя сестринско-

го дела» (2014). Режим доступа общей ссылки на работы: http://www.med.by/index/php?page=content/ellibsci /BELMAPO/ belmapo.inc

VI. Формулы новизны в работе курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ

- проведение на республиканских конференциях новой педагогической формы мастер-класса: «Диагностика и профилактика суицидального поведения у подростков людьми общественных профессий», «Профилактика синдрома эмоционального выгорания», «Защитим их жизни: профилактика наркомании», «Будущее защитим вместе: профилактика заболеваний, передаваемых половым путем»;
- проведение республиканских практических и обучающих семинаров по пропаганде здорового образа жизни «Мир моды на здоровье» (2008), «Тенденции и проблемы работы в БСУ» (2010), «Определение уровня организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела» (2011), «Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела» (2012);
- проведение тренинг-семинаров по повышению устойчивости к стрессам и росту творческого потенциала с изданием 2 учебно-методических пособий [23, 25, 27, 33];
- обучение основам сестринской педагогики, в том числе ФЗОЖ и семейным ценностям на современных идеологических и медицинских принципах [3, 6,15; эл. рес.17];
- издание пособий с грифом Министерства образования Республики Беларусь [12,16,19, 29, 27, 32];
- применение кейс-технологий [19, 34-36];
- методическая разработка новых тем в системе базового и дополнительного обучения Республики Беларусь с 2002 г. для МС, Пвр и врачей:

*«Профилактика СЭВ» [25, 33];

«Сестринский руководитель в системе ПМП» [39];

*«Сестринские ошибки как угроза безопасности пациента» [40];

*«Основы сестринской педагогики в ФЗОЖ» [16,18; эл. рес.17];

*«Новые подходы к работе с пациентами, имеющими хронические заболевания» [3, 27];

*«Нравственные основы работы с пациентами в системе пенитенциарной медицины» [28, 41, 42];

*Разработка основ теории и практики сестринского дела, организации работы менеджера (главной МС) [2, 3, 12, 32, 39];

*«Модель организации работы помощника врача в системе ПМП» [38];

*«Сестринское дело в XXI веке», НОТ, безопасные условия труда в медицине других стран [3,12,30];

*Комплексная «Модель стратегического плана развития сестринской помощи в Республике Беларусь на 2014- 2024 гг.» [2, 3];

*«Инновации в области предоставления медицинских услуг за дополнительную плату» [14];

*Элементы технологии инновационного медико-социального взаимодействия в работе разных специалистов, профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника [20, 27, 31];

*Технологии ухода за особой категорией пациентов в системе амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе [43];

*Организационные, социальные и клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста [22].

VII. Анализ действующих учебных программ за 2005-2010 гг. образовательных учреждений, обеспечивающих получение среднего специального медицинского (2 колледжа) и дополнительного образования взрослых (2 кафедры вуза) по взаимодействию в командной работе [1].

Командный подход присутствует во всех проанализированных программах, составляет от 45% прямого до 52% опосредованного воздействия в программах дополнительного обучения взрослых и от 15% прямого до 25% опосредованного воздействия в программах медицинских колледжей. В целях совершенствования качества знаний обучающихся – ВОП, главных МС, Пвр в системе дополнительного обучения целесообразна разработка программ обучающих курсов.

В целях совершенствования образовательного процесса, приближенного к практической работе МС, изучен рейтинг вопро-

сов для будущего обучения респондентов на курсе «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ (2012, 2015, 2018):

- преобладание интереса к психологии, этике и деонтологии у 54%;
- к вопросам медицинской реабилитации и профилактической медицины – 50%;
- менеджменту и лидерству, фармации, командному подходу работы медицинских работников – 26%;
- вопросы трудового права, законодательной нормативной базы, компьютеризации деятельности и формирования здорового образа жизни желают изучать 15% лиц;
- обучение пациента и членов семьи уходу, инфекционному контролю, профилактике инфекционных заболеваний – 5%.

Поскольку «…и воспитание, и образование нераздельны, нельзя воспитывать, не передавая знания, всякое же знание действует воспитательно», как писал Л.Н. Толстой. В соответствии с принципом непрерывности, профессорско-преподавательским составом курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ изучены последствия обучения в системе дополнительного образования при повышении квалификации главными (старшими) МС:

*полученные знания на практике востребованы у 70% респондентов, через год – у 30%;

*проведение обучающих научно-практических семинаров совместно с врачами назвали 35%;

*на 1-м месте – стажировка на рабочем месте у 72%;

*на 2-м месте – совместные с врачами конференции – 24%;

*на 3-м месте – чтение профессиональных сестринских изданий и самообразование по ранжированию ответов.

В целях согласования и выработки единых направлений и стандартов деятельности МС ознакомление педагогической и медицинской общественности с научными исследованиями прикладного практического характера на курсе «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ может быть полезным:

➢ Социально-психологическое исследование портрета сестринского руководителя нового типа [12, 32, 39].

➢ Регламентация работы медицинских сестер, осуществляющих уход на дому [27, 30, 38].

➢ Регламентация работы медицинских сестер-регистраторов в АПО [44].

➢ Документирование сестринского процесса при осуществлении помощи пациентам с хроническими заболеваниями на дому [27, 45].

➢ Профилактика синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер [25, 33].

➢ Профилактика риска совершения сестринских ошибок, влияющих на качество медицинской помощи [46-50].

➢ Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы Пвр [20].

➢ Нормативы нагрузки МС, работающих самостоятельно [38, 51].

➢ Этические основы взаимодействия в системе «врач – сестра – пациент – партнеры» [3, 22, 28, 30, 31, 43, 46, 47, 49, 50].

➢ Повышение престижа сестринского руководителя и МС [2, 3, 37-39].

➢ Воздействие медицинских работников на ФЗОЖ и аспекты демографической безопасности, в том числе посредством усиления акцента на нравственное поведение в пользу семейных ценностей как средства профилактики заболеваний, передаваемых половым путем [16-18; эл. рес.17].

➢ Изучение форм, методов и опыта медико-социальной работы медицинских сестер за рубежом [27-30, 52].

➢ Инновационные технологии в работе преподавателя медицинского вуза (колледжа) [35, 36, 53-55].

➢ Предупреждение конфликтов в медицинском коллективе [23-26].

➢ Нравственные принципы при осуществлении продажи медицинской услуги за дополнительную плату [14, 36, 56].

➢ Организация работы в команде медицинского работника [2, 3, 19, 23, 24, 31, 32, 36, 37].

Комплексный подход, инновационные методы к совершенствованию образовательного процесса в системе дополнительного образования главных (старших) МС в БелМАПО, благодаря сотрудничеству с Министерством здравоохранения Республики Беларусь, Министерством образования Республики Беларусь, Министерством труда и социальной защиты Республики Бела-

русь, а также рядом других учреждений, ведомств и общественных организаций (ФПБ, БелООМС) позволяет сделать выводы. Деятельность профессорско-преподавательского состава курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ соответствует требованиям, обеспечивающим качество обучения [57].

Руководителем научной школы по общественному здоровью и здравоохранению является д.м.н. профессор кафедры ОЗиЗ БелМАПО Вальчук Э.А., который сформировал несколько равноценных по значимости научных направлений, одним из которых является «Организация сестринского дела».

Апологеты научной школы по общественному здоровью и здравоохранению достигли высокого уровня, являются признанными специалистами в нашей стране. Характерны межкафедральные, межинститутские и международные связи: школа активно участвует в выполнении научных проектов, проведении международных конференций, форумов по сестринскому делу, результаты исследований публикуются в зарубежных научных изданиях, цитируются в зарубежных научных изданиях (индекс цитирования от 10 до 5).

На протяжении 2001-2020 гг. используются современные технологии в развитии коллективного лидерства в деятельности курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ БелМАПО в рамках научной школы по общественному здоровью и здравоохранению д.м.н. проф. Э.А. Вальчука:

- в развитии теории и практики сестринского дела (лидеры – Тищенко Е.М.; Вальчук Э.А., Матвейчик Т.В., Иванова В.И.);
- внедрения сестринского процесса в деятельность МС сферы психиатрической помощи (лидеры – Мейшутович Р.В.; Прокопович Ж.Н.; Андреева Л.А.; Александров А.А., Лютко Л.А.);
- в области совершенствования медико-социальной помощи в больницах сестринского ухода и системе БОКК через Службу сестер милосердия (лидеры – Бартошевич О.Л.; Светлович Т.Г.; Мороз И.Н.);
- оптимизации работы и методического обеспечения труда медицинских сестер в системе медицинской реабилитации (лидеры – Вальчук Э.А.; Кулагина Г.В.; Кукса Т.В., Вальчук Э.Э.);

• в области развития научных основ сестринского дела в популяризации поведения, направленного на укрепление здоровья (лидеры – Щавелева М.В.; Романова А.П.; Калинина Т.В.);

• организационно-управленческих и правовых действий и норм в области сестринского дела (лидеры – Кралько А.А.; Станкевич Ю.В.; Петров В.И.);

• учебно-методических педагогических новаций (лидеры – Иванова В.И.; Новицкая С.Ф.).

Перспективы совершенствования функций и взаимодействия в области сестринского дела

При взаимодействии Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства образования Республики Беларусь, Министерства финансов Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, поддержке ведомств развивается междисциплинарное сотрудничество. Внимание государства к вопросам здравоохранения и медицины, влияние резолюций ВОЗ и международный опыт позволили Республике Беларусь достигнуть Целей развития тысячелетия ранее 2025 г., а МС позволило не только сохранить профессиональные позиции, но и их совершенствовать.

С появлением должности специалиста Пвр и МС с высшим образованием возрастают возможности проведения профилактики, консультаций населения по изменению поведения, привитию культуры здоровья путем вовлечения семей в усиление поведенческих стратегий.

Способом укрепления ориентированной на человека системы оказания помощи в институте ВОП через формирование в обществе устойчивого понимания ценностей инвестирования в здоровье силами МС является развитие лидерства и стратегического сотрудничества с пациентами, общественными организациями и ведомствами.

Коллектив кафедры ОЗиЗ БелМАПО в рамках научной школы д.м.н. проф. Э.А. Вальчука вносит определенный научный и педагогический вклад в решение актуальных проблем теории и практики общественного здоровья и сестринского дела как его составной части, в подготовку квалифицированных кадров. Результаты работ реализуются в практическом здравоохранении. Только за 2019 г. получено 4 Акта о внедрении в образователь-

ный процесс БелМАПО, Грузии, Латвии, которые обеспечивают опосредованный медико-социально-педагогический и экономический эффект.

Научная школа по общественному здоровью и здравоохранению повлияла на обучение главных МС в БелМАПО и на престиж сестринской профессии, разработана также серьезная нормативная правовая база Министерством здравоохранения Республики Беларусь по введению высшего сестринского образования, обеспечению условий для применения новых педагогических технологий, появлению должности Пвр (2007 г.) и разностороннему сотрудничеству ведомств. В комплексе совершенствования дополнительного обучения главных МС это все более утверждает концепцию партнерских взаимоотношений между специалистами в оказании медицинской помощи [10,12,15, 31].

Имевшее место устойчивое мнение общества, складывающееся на протяжении XII-XIX вв., а также врачей о МС только как о помощнике без самостоятельной роли и понятие «средний медработник» мешало развитию профессионального самосознания МС. Активно популяризовал профессию МС и ее самостоятельную роль в уходе за пациентами в своих трудах знаменитый хирург и организатор Пирогов Н.И., продолжили дело современники. Профессор Перфильева Г.М., советник ВОЗ по сестринскому делу, считает: «Сестринское дело – это часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленное на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды», которое изучается в вузах и колледжах Республики Беларусь с учетом интереса к учебе, становящегося фактором успешности работы медицинской сестры [58].

Активная деятельность БелООМС (Южик С.Ф.), в том числе международное сотрудничество с МС Латвии и Казахстана благоприятно влияют на признание новой роли МС в оказании медицинской помощи и уходе на дому. Применение научных принципов в системе подготовки главных МС, появление перспектив профессионального роста и обучения с учетом опыта других стран послужили толчком к дальнейшему совершенствованию их образования, поддерживая новый профессиональный и социальный статус МС, реализуемый в ряде пилотных проектов

в Республике Беларусь [17, 20, 59] с использованием международного опыта ряда государств [60-62].

Качество преподавания на всех этапах обучения МС, включающего борьбу с различными вредными привычками и состояниями [16, 21, 24], позволяет улучшить творческое использование основных принципов при обучении МС: научности; практической ориентированности; системности и комплексности учебных программ; гибкости и новаторства; духовности и гуманизма; правовой обоснованности.

Кадровые ресурсы – стратегический элемент системы здравоохранения, влияющий на доступность и качество медицинской помощи для населения, что постепенно изменяет отношение общества к вкладу МС, особенно заметно это на этапе борьбы мира с коронавирусной пандемией.

Так, за успешную работу по преодолению пандемии COVID-19 награждено около 2 тыс. медицинских работников, врачей и МС всей страны.

Из них звание «Отличник здравоохранения Республики Беларусь» получили 9% их числа награжденных, благодарности Президента Республики Беларусь удостоились 28,6% МС, Почетной грамотой Совета Министров, а также Национального собрания Республики Беларусь отмечены до 30% фельдшеров и МС, медалью «За трудовые заслуги» награждены 18,4% МС страны.

Государственные и общественные институты общества уже продемонстрировали свою связь и поддержку медицинским работникам. Возрастание внимания общества к труду МС подтверждается также тем, что 14,4% обучающихся на кафедре ОЗиЗ БелМАПО лиц имеют почетные звания и награды Республики Беларусь, за период до 2018 г. число награжденных МС увеличилось на 9,6%.

Анонимные отзывы обучающихся на кафедре ОЗиЗ главных МС свидетельствуют о признании вклада педагогов в развитие теории и практики сестринского дела в Республике Беларусь. Интерес к науке и возможность передавать свой опыт испытывают часть слушателей. Так, печатные работы в 2001 г. имели 0,4% обучающихся специалистов, а в 2006 г. – 2,8%. В 2010 г. активность публикаций только в журнале «Медицинские зна-

ния» составила 5,2% от числа обучавшихся на курсе, к 2018 г. она возросла до 7,9%.

Сестринскому сообществу предстоит решение разнообразных задач по совершенствованию функций, взаимодействия, междисциплинарного сотрудничества, поставленных в проекте Концепции развития сестринского дела на 2020-2024 гг.:

- Пересмотреть и оптимизировать функциональные обязанности МС всех специальностей, отказавшись от неэффективных и экономически затратных форм работы.
- Расширить преподавание вопросов оказания ПМП населению, усилив профилактическую составляющую деятельности Пвр и МС в рамках развивающегося института ВОП, пересмотрев отдельные разделы учебных программ медицинских вузов и колледжей.
- Рассмотреть необходимость согласования программ подготовки врачебных и сестринских кадров с высшим образованием с перспективой объединения их обучения [2, 3,10,12,15].
- Существующая система расширения полномочий МС свидетельствует о том, что:

**США в 1960-х гг. ввели систему расширения полномочий МС;

**Израиль в исследовании издержек на подготовку специалистов в области здравоохранения показал, что за средства, затрачиваемые на 1 врача, можно подготовить несколько МС;

**Великобритания: вместо 1 врача (ст. специалиста) можно подготовить 8 (!) МС [59].

- Изменить принцип работы в системе оказания ПМП на основе совершенствования института ВОП, постепенно заменив контролирующие воздействия органов управления на аналитические функции.
- Усилить междисциплинарную координацию и непрерывность наблюдения пациентов с высоким риском ХНИЗ посредством возрастания в последипломном (дополнительном) образовании внимания к клинической компетенции в технологиях, ориентированных на пациента [4,11, 21, 27, 28].

Министерство здравоохранения Республики Беларусь и Министерство образования Республики Беларусь осуществляют

управление и контроль непрерывного медицинского обучения специалистов, включая МС, посредством:

- популяризации в Республике Беларусь схемы действия доктрины об образовании через всю жизнь, апробированной 20-летним опытом в мире с использованием накопительной системы баллов;
- внедрения в практику результатов научных исследований посредством взаимодействия с организациями здравоохранения и государственного партнерства;
- применения инновационных технологий обучения, внедрения в практику научных знаний прикладного характера, оптимизации пропорций учебного времени в дополнительном обучении главных МС и Пвр [10,12, 38];
- продолжения развития лидерства [3,12, 60-63] и синергетических обучающих отношений между врачами и МС в форме совместных конференций и обучающих курсов по основным проблемам практического здравоохранения;
- совершенствование полномочий и разграничение функций Прв и МС в команде ВОП [5-10,12,15];
- возрастания доли информатизации в деятельности МС в системе ПМП [21, 64, 66].

Благодаря системному программно-целевому подходу Министерства здравоохранения Республики Беларусь к обеспечению доступности и качества медицинской помощи населению и оптимизации образования врачей и МС успешно решен ряд имевших место ранее проблем:

- трудоустроены МС с высшим образованием [10];
- оптимизирована законодательная база, расширена номенклатура сестринских должностей с высшим образованием [21];
- разработаны нормативы нагрузки для Пвр на приеме и на визите [38];
- системно организована адаптация молодых специалистов на рабочем месте [2-4,19-24];
- используются разные методы внешней мотивации МС в совершенствовании профессиональных знаний и навыков [12, 36, 38];
- возрос уровень самооценки МС и престижа медицинской профессии в обществе [1, 2, 21, 33, 67];

- осуществлен практический вклад в развитие социального взаимодействия в работе МС, Пвр и социального работника [27-31];
- привлечено внимание в образовательных программах дополнительного образования взрослых к вопросам предупреждения синдрома эмоционального выгорания [16,18, 25, 26, 49, 50].

Мнение медицинских сестер о предпочтительности средств массовой информации в обеспечении доктрины о непрерывном образовании

Изучение общественных явлений в области медицинского образования позволяет влиять на компетенции медицинских работников в условиях появляющейся конкуренции на рынке труда. Внедрять и поддерживать профессиональное и межпрофессиональное образование и практику, как это рекомендуется Международным советом медицинских сестер (2017), разрабатывать и улучшать информационную систему в поддержку качественного планирования и развития здравоохранения становится необходимостью. Компетентностный подход, принятый за основу в Болонской декларации 1999 г., включает не только профессиональные знания и умения, обусловленные квалификацией, но и инициативу, навыки работать в команде, сотрудничество, умение учиться, анализировать, логически мыслить, собирать и получать информацию [32, 37, 57].

СМИ являются проводниками неформального и информального образования в соответствии с типологией ЮНЕСКО и рекомендациями Всемирной федерации медицинского образования, в то время как формальное (базовое и дополнительное) получают в колледжах и вузах, поэтому изучение предпочтений потенциальных получателей профессиональных знаний через журналы и газеты является актуальным.

Целью исследования стало изучение мнения МС о том, какие СМИ они чаще используют и каково содержание новых тем предпочтительных публикаций для осуществления доктрины «обучение через всю жизнь». Задачей явилось сравнение результатов аналогичного исследования о публикационной тенденции среди МС в 2010 г. [2, 67].

Методом анонимного анкетирования в 2018 г. изучено мнение 116 МС двух организаций здравоохранения г. Минска и обуча-

ющихся (главные и старшие МС) на курсе «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО.

Результаты опроса показали, что данная категория медицинских работников активно использует в процессе своей профессиональной деятельности целый ряд печатных изданий медицинского профиля. Наибольшей популярностью, как свидетельствуют результаты изучения вопроса, у данного контингента медицинских работников пользуются такие печатные издания, как журналы «Мир медицины», «Медицинские знания», «Сестринское дело» и «Медицинская сестра» (Российская Федерация), газета «Медицинский вестник». В процентном отношении это выглядит соответственно: 88,9%, 33,3%, 16,7%, 12,9%, 57,4%. Несколько анкетируемых отмечали и другие печатные издания, что в совокупности составляет незначительный показатель (2,5%).

Наибольший интерес у анкетируемых МС из перечисленных печатных изданий вызвали журналы «Мир медицины» и «Медицинские знания» (33,3%), газета «Медицинский вестник» (12,9%). МС отмечается, что в перечисленных изданиях много внимания уделяется вопросам организации сестринского дела, медико-социальной помощи, профессионального обучения, современным медицинским технологиям. Предлагаются соответствующие нормативные документы и комментарии к ним, а также примеры тестовых заданий для подготовки к сдаче экзамена на квалификационную категорию. Находят отражение и вопросы реабилитации, терапии, физиотерапии, прикладной психологии, организации лечебного питания и др.

Анкетируемые МС отмечают, что все перечисленные периодические издания медицинского профиля достойны внимания (60,1%), содержание их интересно, познавательно и поучительно (27,8%). В то же время отмечается, что в газете «Медицинский вестник» недостаточно полезной информации для МС (6%).

К числу наиболее актуальных публикаций, содержащихся в используемых МС печатных изданиях, отнесены публикации по вопросам новых технологий в медицине, ЗОЖ, полезного питания, организации сестринского дела, современных методик диа-

гностики и лечения, реабилитации, санитарно-эпидемиологических требований, неотложной помощи (51,9%).

Востребованы, по мнению МС, публикуемые материалы, касающиеся обмена опытом профессиональной деятельности, профилактики заболеваний, новых лекарственных средств, работы с нормативными документами, требований к сдаче экзамена на квалификационную категорию, вопросов физиотерапии, санаторно-курортного лечения, нетрадиционной медицины, профилактики аллергии (37,3%).

Респондентами высказан ряд предложений по расширению перечня публикуемых материалов. Предложено расширить публикации по ЗОЖ, в частности больше материалов по скандинавской ходьбе, профессиональному обучению, проведению учебных семинаров, вегетарианству, диетическому питанию, профилактике профессионального выгорания медицинских работников, увеличения консультаций узких специалистов, советам косметолога, оказанию экстренной медицинской помощи и ухода за больными людьми, новым технологиям в медицине. Предложено также увеличение объема тематики публикации по адаптивной физической культуре и медицинской реабилитации, массажу, водогрязелечению при различных заболеваниях, оздоровительной медицине, рекомендациям по питанию при различных заболеваниях и др. (42,6%).

Предложения участников исследования свидетельствуют об актуальности публикаций консультаций ряда медицинских специалистов в рассматриваемых печатных изданиях. Это врач-кардиологи (14,8%), врачи-эндокринологи (12,9%), врачи-аллергологи-иммунологи (11,1%), врачи-терапевты (12,9%), врачи-неврологи (5,6%), врачи-офтальмологи, врачи-оториноларингологи и врачи-акушеры-гинекологи (по 9,3%), врачи-онкологи и врачи-психологи (по 7,4%), врачи-стоматологи и врачи-педиатры (по 5,6%), что отражает тенденцию к междисциплинарному подходу в образовании.

Установленный настоящим исследованием рейтинг вопросов для публикаций в анализируемых печатных изданиях подтверждается изучением тематики, предпочтительной для изучения респондентами на курсах повышения квалификации для МС [3]. Он свидетельствует о преобладании у 54% интереса МС к пси-

хологии, этике и деонтологии, менеджменту и лидерству, а к фармации, командному подходу медицинских работников – у 26% респондентов.

Вопросы трудового права, законодательной нормативной базы, компьютеризации, деятельности и формирования ЗОЖ желают изучать 15% лиц, обучения пациента и членов их семьи уходу, инфекционному контролю, профилактике инфекционных заболеваний – 5%. Интерес к консультациям юристов у 7,4% респондентов настоящего исследования стал меньше, что обусловлено появлением соответствующих рубрик и разделов в электронных СМИ.

Большее число респондентов (57,4%) высказалось за то, чтобы публиковалась обоснованность вновь вводимых приказов и инструкций, о желании глубже ознакомиться с содержанием документов посредством комментариев врачами-эпидемиологами разделов приказов и инструкций. Наиболее актуальны для анкетированных МС вопросы санитарно-эпидемиологических требований в ОЗ, нормы отпуска водных процедур, о наиболее часто встречающихся ошибках в работе МС, вредных условиях труда и оплате их. Также интересуют вопросы организации реабилитации, оказанию неотложной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, утилизации медицинских отходов, ВИЧ, гепатитам. Остальные 42,6% респондентов отметили, что в комментариях нет необходимости, все понятно и доступно.

Данные анкетирования свидетельствуют о желании респондентов расширять тематику и улучшить качество публикуемых для МС материалов в рассматриваемых печатных изданиях медицинского профиля, при этом 24% анкетируемых отметили, что качество материалов в анализируемых журналах и газете в их удовлетворяет.

Предложения респондентов касаются более широкого освещения в прессе вопросов педагогики и психологии в работе МС, расширения тематики публикаций по ЗОЖ, организации работы, нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Целесообразны, по мнению МС, комментарии от авторов нормативных документов, в случае возникновения противоречий в применении их на практике, предписываемой нормативом (инструкцией) и требованиями контролирующих

органов, необходимых материалов по подготовке к сдаче экзаменов на квалификационную категорию, алгоритмов по неотложной медицинской помощи для МС, особенностей режимных требований в разных отделениях ОЗ.

Предлагается также больше внимания уделять в публикациях вопросам педиатрии, своевременной диагностики, реабилитации и изучения клинических случаев тяжелобольных пациентов, расширения информации для массажистов, методам оздоровления, проведению семинаров и электронных вариантов публикаций. По мнению ряда респондентов, используемые ими журналы медицинского профиля нуждаются в соответствующих иллюстрациях и более красочном оформлении, так как преобладает черно-белый формат. Общее число респондентов, высказавших перечисленные выше пожелания и предложения, составляет 48,1%.

Для планирования выпуска печатных изданий полезной является информация о публикационной активности потенциальных читателей. Так, известно, что в 2001 г. публикации имело 0,4% обучающихся МС, а в 2006 г. – 2,8%. В 2010 г. активность появления статей от главных (старших) МС только в журнале «Медицинские знания» составила 5,2% от числа обучавшихся на курсе «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО БелМАПО [2].

Результатом анализа анкет обучающихся МС в ГУО БелМАПО за 2017 г. стало возрастание показателя частоты публикаций до 6,3% в двух медицинских журналах для МС в стране. Это подтверждает тенденцию о желании МС Республики Беларусь получать и осваивать новые технологии, совпадающую с перспективами в образовании МС в мире, ускоренном внедрении новой информации в практику дополнительного (последипломного) образования, сокращении сроков между очередным повышением квалификации с кратностью в 3 года в системе формального обучения [68].

Необходимый уровень информированности о медицинских профессиях, навсегда востребованных человечеством, благоприятен для мотивации к ее выбору подрастающей молодежью, поэтому привлечение профессиональных специалистов маркетологов и СМИ помогает в решении проблемы выбора и состоятель-

ности в профессии [8]. Конфуций считал: «Благо везде и повсюду зависит от соблюдения двух условий: правильного установления конечной цели всякого рода деятельности и отыскания соответственных средств, ведущих к конечной цели».

На поддержание в сообществе медицинских работников необходимого уровня профессиональной подготовки и конкурентоспособности влияет также осознание, например, статуса МС в обществе [9-10]. Примером мотивации на получение именно медицинского образования может служить англосаксонская модель обучения (Великобритания, США, Канада). Предписанный там алгоритм к получению профессии МС через получение степени бакалавра в колледжах, при параллельном изучении программы подготовительных курсов в вуз. Следующим становится сдача теста MCAT (Medical College Admission Test), баллов которого недостаточно для подачи документов в вуз, необходимо заручиться рекомендательными письмами (проводить работу в научных обществах, опубликоваться в научном журнале), написать эссе и пройти сложное собеседование.

В обеспечение доктрины о непрерывном образовании важным для СМИ становится мнение МС о предпочтительности их выбора получения информации через профессиональные печатные издания, наряду с освоением неформального и информального образования, приводятся примеры для улучшения качества публикуемых материалов.

Известный американский специалист в области профилактической медицины Г. Сигерист считает: «Здоровым может считаться человек, который…полностью реализует свои физические и умственные способности…и вносит свой вклад в благополучие общества, соразмерный с его способностями. Здоровье не означает просто отсутствие болезней; это нечто положительное, жизнерадостное, охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека», чего мы и желаем практикующим медицинским работникам и ученым медикам.

Очевидные тенденции в развитии сестринского дела и возрастание интереса к профессии МС (конкурс в 2019 г. на 1 место в медицинском колледже составил 1:3) ускорятся, поскольку имели место проблемы мотивации МС, учтенные в новой системе оплаты их труда. Включение материального стимула за более

высокий уровень образования, равные зарплаты за должность без учета уровня образования для главных МС с высшим образованием является актуальным.

Инновационные подходы в развитии коллективного лидерства реализуются в практических направлениях деятельности курса «Организация сестринского дела»:

- Новые технологии партнерства и коммуникаций с рядом ведомств, министерств и общественных организаций в стране и за рубежом.
- Реализуется система мониторинга качества знаний по сестринскому делу на стратегическом, тактическом и технологическом уровнях с сотрудничеством обучающихся, комплекс технологических, мотивационных, информационно-аналитических, организационно-исполнительных, контрольно-регулировочных и оценочно-результативных функций.
- Осуществляется педагогическое проектирование личности организатора сестринского дела по различным направлениям, позволяющим комплексно развивать его характеристики [63, 68-70].
- Проведенный анализ научно-педагогических новаций в области развития сестринского дела позволяет сделать выводы о правомерности передачи опыта курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ.

Приоритетные направления стратегии в системе дополнительного обучения главных медицинских сестер в Республике Беларусь

➢ Дальнейшее развитие института ВОП в команде соучастников Пвр и МС посредством применения технологий маломасштабных вмешательств на основе адаптационных корректив нормативов нагрузки и наработанного практического опыта деятельности специалиста.

➢ Совершенствование преемственности деятельности Пвр и МС в оказании помощи, поддержке пациента в самостоятельном обслуживании после курса индивидуального обучения в «Школе пациента», что приблизит услуги к месту жительства и сделает их экономичнее по стоимости.

➢ Развитие теории и практики сестринского дела в прикладных исследованиях по санаторно-курортному, реабилитационному и медико-социальному направлению деятельности.

➢ Защита психического здоровья как следствие длительного профессионального стресса среди обучающихся слушателей применением технологий предупреждения СЭВ, популяризацией знаний по ранней диагностике и профилактике депрессий, наркомании и самоубийств. Рост суицидов сокращается во всем мире целенаправленными мерами социальной защиты и активной поддержкой сообществ «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», в работе которых могут участвовать МС.

➢ Популяризация перед населением экономической целесообразности инвестиций в здоровье должна базироваться на опубликованной ВОЗ экономике здоровья. Согласно этому, 1 у.е. в пользу профилактики болезни сохраняет 4 у.е., не затраченные впоследствии на лечение. В докладе ВОЗ 2020 г., посвященном состоянию сестринского дела в мире, подчеркнута значимость и эффективность каждого доллара, вложенного в развитие сестринского дела, необходимого для здоровья и благополучия всех людей. Инвестиции в профилактику болезней населения в странах Европейского региона свидетельствует о значительном финансировании предупреждения, а не лечения. Например, в Финляндии пропорции вклада в лечение по отношению к предупреждению болезни составляют 24:74%. В Чехословакии это составляет 39:60% соответственно, а в Польше – 43:49%. Наблюдается высокая мотивация населения на приверженность идеологии сохранения и укрепления здоровья, над чем активно работают специалисты в Республике Беларусь.

Резюме. В сферу деятельности курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ БелМАПО входят необходимые составляющие образовательного процесса, приближенного к практике МС. Это совершенствование учебно-педагогических новаций, организационно-методической деятельности, перспективные направления инициативных научных практико-ориентированных исследований согласно резолюциям ВОЗ и ЮНИСЭФ, нормативным требованиям и международным обязательствам. Ближайшее внимание организаторов лежит в плоскости эффективного соединения научной и преподавательской деятельности,

мотивации педагогов, поскольку лаборатории при крупных кафедрах вузов более мобильны для достижений и внедрений медицинской науки.

Знаменитый педагог К.Д. Ушинский писал: «Воспитание – величайший вопрос человеческого духа. Педагогика – первое и высшее искусство, ибо она стремится выразить совершенство самой природы человека». Этот постулат был основным в научно-педагогических новациях в области образования медицинских сестер. Итальянская пословица гласит: «Двигайся вперед, и пусть другие делают то же самое!»

Литература

1. Матвейчик, Т.В. Анализ новых подходов к системе обучения главных медицинских сестер/ Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2015. – 78 с.

2. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск: БелМАПО, 2014. –303 с.

3. Вальчук, Э.А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее: справочное издание /Э.А. Вальчук, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2014. – 32 с.

4. Управление персоналом: учебник для вузов /под ред. д.э.н., проф. А.Я. Кибанова, к.э.н., проф. Л.В. Ивановской. – 2-е изд., стереотип. – М.: Экзамен, 2008. – 352 с.

5. Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 /М.М. Сачек [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 2. – С. 4–14.

6. Информационный бюллетень – октябрь 2018 г. Первичная медико-санитарная помощь – 40 лет Алма-Атинской декларации: http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/downloa

7. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/. – Дата доступа: 22.10.2015.

8. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и

благополучия. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/plf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf. по состоянию на 29 марта 2013 г.).

9. Герасименко, М.А. Система непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь и за рубежом: учеб.-метод. пособие /М.А. Герасименко, Т.В. Калинина. – Минск: БелМАПО, 2015. – 38 с. http: //www.med.by/index/php?page=content/ellibsci /BELMAPO/ belmapo.inc

10.Матвейчик, Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография /Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2018. – 171с.

11.Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России: что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» /Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 96 с.

12.Матвейчик, Т.В. Теория сестринского дела: учеб пособие /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2016. – 366 с.

13. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы»: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 г. № 200.

14.Матвейчик, Т.В. Из стажера – в мастера: технологии продажи медицинской услуги в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, Г.Я. Хулуп. – Минск: БелМАПО, 2015. – 200 с.

15.От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018. – 79 с.

16.Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск: РИПО, 2011. – 276 с.

17. http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf

18.Матвейчик, Т.В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид, А.А. Романовский. – Минск: Ковчег, 2010. – 132 с.

19.Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 338 с.

20.Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие для студентов / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 295 с.

21.Матвейчик, Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск: БелМАПО, 2016. – 244 с.

22.Матвейчик, Т.В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.А. Шишко. – Минск: Ковчег, 2019. – 290 с.

23.Матвейчик, Т.В. Конфликты и способы преодоления (для организаций, в том числе сестринских коллективов): учеб.-практ. пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2005. – 88 с.

24.Матвейчик, Т.В. Практикум по преодолению конфликтов в сестринском коллективе: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, О.Г. Емельянович. – Минск: БелМАПО, 2004. – 61 с.

25.Матвейчик, Т.В. Самодиагностика и предупреждение синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, В.Ф. Волченок. – Минск: БелМАПО, 2002. – 24 с.

26.Марченко-Тябут, Д.А. Технологии делового общения /Д.А. Марченко-Тябут, С.Ф. Новицкая, Е.В. Шпаковская. – Минск: БелМАПО, 2015. – 58 с.

27.Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

28.Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины: учеб.-метод. пособие /

Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2011. – 237 с.

29.Мороз, И.Н. Медико-социальная помощь пожилым: монография /И.Н. Мороз [и др.]. – Минск: Попурри, 2013. – 232 с.

30.Медико-социальная помощь на дому: пособие для мед. сестер милосердия /БОКК; под ред. В.П. Сытого. – Минск: Белсэнс, 2011. – 341 с.

31.Матвейчик, Т.В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2019. – 120 с.

32.Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: Выш.школа, 2006. – 301 с.

33.Матвейчик, Т.В. Формирование программы повышения творческого потенциала (школа творческого роста): учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, В.Ф. Волченок. – Минск: БелМАПО, 2002. – 43 с.

34.Кралько, А.А. Сборник ситуационных задач и деловых игр по основам права, медицинской этике и деонтологии /А.А. Кралько, Т.В. Матвейчик, Н.Н. Пилипцевич. – Минск: БелМАПО, 2011. – 68 с.

35.Матвейчик, Т.В. Игры самораскрытия как инструмент общения в медико-социальной работе: сборник ситуационных задач и тестов) / Т.В. Матвейчик, Л.М. Губарь, Л.Л. Самойло. – Минск: БелМАПО, 2008. – 44 с.

36.Матвейчик, Т.В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела: мастер-класс для организаторов сестринского дела / Т.В. Матвейчик, С.Ф. Новицкая. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 64 с.

37.Матвейчик, Т.В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2020. – 203 с.

38.Матвейчик, Т.В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.

39.Матвейчик, Т.В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: монография /Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб. – Минск: Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. – 88 с.

40.Матвейчик, Т.В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациента/ Т.В. Матвейчик //Медицинская сестра (Русский врач). – 2014. – № 8. – 45-50.

41.Силуянова, И.В. Избранные. О призвании врача /И.В. Силуянова. – М.: Форма Т, 2008. – 256 с.

42.Борис, А.И. Выдающиеся деятели медицины и естествознания в истории и филателии /А.И. Борис. – Минск: Тесей, 2012. – 200 с.

43.Матвейчик, Т.В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, Ю.В. Вискуб, С.М. Русак. – Минск: Ковчег, 2018. – 288 с.

44.Михалевич, П.Н. Алгоритмы работы регистратуры в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (для МС-регистраторов): инструкция по применению, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 27.09.2010 г., рег.№ 059-0510/ П.Н. Михалевич, Т.В. Матвейчик. – Минск, 2010.

45.Матвейчик, Т.В. Делопроизводство в работе медицинской сестры-организатора: справ. издание /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. Т.В. Виноградова. – Минск: БелМАПО, 2014. – 179 с.

46.Организация работы Совета сестер: инструкция по применению, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 28.03.2003 г., рег.№ 056-0703/ Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2003.

47.Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество: инструкция по применению, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 02.03.2006 г., рег.№ 9-0105/ Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2006.

48.Матвейчик, Т.В. Способы общения медицинской сестры с пациентами разного типа: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, И.А. Рыбин. – Минск: БелООМС, 2003. – 90 с.

49.Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Ковчег, 2013. – 226 с.

50.Матвейчик, Т.В. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля: учеб.-практ. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Белпринт, 2012. – 188 с.

51.Вопросы тестового компьютерного контроля по специальности «Сестринское дело» на высшую категорию: квалификационные тесты /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2002. – 78 с.

52.Матвейчик, Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре (для руководителей больниц сестринского ухода): монография /Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук. – Минск, 2009. – 216 с.

53.Матвейчик, Т.В. Сборник деловых игр, тестов и ситуационных задач по курсу «Организация сестринского дела» /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2004. – 56 с.

54.Змачинская, И.М. Медсестринская производственная практика: сборник ситуационных задач по курсу «Организация сестринского дела» /И.М. Змачинская [и др.]. – Минск: БГМУ, 2015. – 19 с.

55.Матвейчик, Т.В. Глоссарий наиболее употребляемых терминов по организации сестринского дела: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, П.Н. Астрейко. – Минск: БелМАПО, 2008. – 48 с.

56.Хулуп, Г.Я. Инструкция о порядке предоставления медицинских услуг на платной основе в санаторно-курортных и оздоровительных организациях: наставничество: инструкция по применению, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 02.06.2006, рег.№ 017-0206/ Г.Я. Хулуп. – Минск, 2006.

57.Матвейчик, Т.В. Влияние научной школы по общественному здоровью на обучение главных медицинских сестер в Белорусской медицинской академии последипломного образования / Т.В. Матвейчик // Тенденции развития науки и образования. – Москва, сентябрь, 2019. – Ч.1. – № 53. – С.93-97.

58.Перфильева, Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз): автореф. дисс. д-ра мед. наук: 14.00.33. /Г.М. Перфильева. – М.,1995. – 257 с.

59.Матвейчик, Т.В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» / Т.В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 2(105). – С. 36-41.

60.Реформа программы подготовки медицинских специалистов в Швеции: на пути к более активному обучению многопрофильной медицинской помощи, ориентированной на нужды людей. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018. – 4 с.

61.Fleming, V. Стратегические направления развития сестринского и акушерского дела в Европе / V. Fleming // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7-8 окт. 2011. – Европ. регион. бюро ВОЗ.

62.Совещание главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ. Цели и задачи, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. – Европ. регион. бюро ВОЗ.

63.Кэ де Ври, М. Мистика лидерства. Развитие эмоционального интеллекта /пер. с англ./ М. Кэ де Ври. – М.: Альпина Паблишер, 2003. – 311 с.

64.О концепции информационной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Совета Безопасности Республики Беларусь от 18 марта 2019 г. №1.

65.Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.03.2018 г. № 244.

66.О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 1300 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2019.

67.Доступность и качество медицинской помощи в ответах пациентов и медицинских работников Могилевской области /М.М. Сачек [и др.]. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – № 1. – С.38-47.

68.Матвейчик, Т.В. Уровень трудовой мотивации и значение определения показателей организационных и коммуникативных

навыков главных медицинских сестер в Беларуси / Т.В. Матвейчик // Научные и практические результаты в технических, общественных, естественных и гуманитарных науках, перспективы их развития: сб. науч. статей по итогам всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб: КультИнформПресс, 2015. – С.108-111.

69.Романова, А.П. Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела / А.П. Романова, Т.В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2011. – № 7. – С. 20-24.

70.Укрепление сестринского и акушерского дела: A64/VR/10 //Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011 г. Десятое пленарное заседание.

Заключение

Внимание к профессии МС привлечено Ее Королевским Высочеством Герцогиней Кембриджской, МС и лидерами здравоохранения мира благодаря глобальной кампании «Сестринское дело сегодня» (2018). Генеральный директор ВОЗ д-р Т.А. Гебрейесус подписал меморандум для дальнейшего продвижения сестринского дела (2018). Всемирная ассамблея здравоохранения 24 мая 2019 г. провозгласила 2020 год Международным годом медицинской сестры и акушерки, что свидетельствует о признании мировым сообществом важности места и роли МС и акушерок.

За период с 1988 по 2020 г. ВОЗ и международные организации способствовали последовательному продвижению системы здравоохранения Республики Беларусь к пониманию новой роли, места и важного вклада МС в меняющейся системе оказания медицинской помощи, следствием чего стали документы, одобренные Европейским региональным комитетом ВОЗ.

В 2020 г. проходит Международный год работников сестринских и акушерских служб, мероприятия которого снизили свою активность на фоне пандемии коронавирусной инфекции. Несмотря на это, сохраняется возможность выработать на основе фактических данных и выводов, представленных в докладе «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» программы действий в области развития сестринского дела на период до 2030 г. и принять обязательства по ее осуществлению. В связи с этим ВОЗ настоятельно призывает правительства стран и все соответствующие заинтересованные стороны:

- вкладывать ресурсы в массированное ускорение развития сестринского образования;
- в преподавательский состав, инфраструктуру и студентов для удовлетворения глобальных потребностей и национального спроса на сестринские кадры, а также реагирования на научно-технический прогресс и реализацию моделей комплексного медицинского и социального обслуживания;
- обеспечить создание к 2030 г. по меньшей мере 6 млн. новых рабочих мест в рамках сестринских служб, прежде всего в

странах с низким и средним уровнем дохода, для предупреждения прогнозируемого дефицита сестринских кадров и устранения неравенства в обеспеченности населения сестринскими кадрами во всем мире;

• обеспечить укрепление лидерской роли работников сестринских служб – посредством воспитания нынешних и будущих лидеров – для обеспечения значимого участия сестринских работников в процессах выработки политики здравоохранения и принятия решений, а также содействия повышению эффективности систем здравоохранения и социального обеспечения.

Приоритеты ВОЗ на 2020 г. в области сестринского дела

*Правовое регулирование сестринской практики (перенос тяжестей и продолжительность рабочего дня);

*Безопасность пациента равноценна качеству сестринского ухода;

*Распространение ВИЧ/СПИД и психических заболеваний;

*Сестринское образование;

*Новые технологии в обучении и оказании ухода (дистанционно);

*Стратегии привлечения молодежи (СМИ и зарплата).

Отдельные акценты этого учтены в образовательном процессе обучающихся главных (старших) МС в БелМАПО, в развитии научных подходов к теории и практике сестринского дела в монографических исследованиях и учебных пособиях с грифом Министерства образования Республики Беларусь, разработке инструкций, стандарта, создании значительной учебно-методической базы по разнообразным направлениям междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

Стратегия по привлечению кадров МС в профессию получила высокую оценку. В июне 2020 г. 23,5% МС награждены почетными наградами, медалями и званиями.

Возникшие на территории Беларуси с XV в. госпитали с тройной функцией – лечения, попечения, приюта, ухода, питания (медико-социальные в современной терминологии) и обучения нашли свое продолжение в наши дни. В XVII в. в ВКЛ к правящие магнаты придают большое значение благоустройству и гигиеническому содержанию городов и дорог для общественного здоровья. В то давнее время в Беларуси создан прообраз обуче-

ния современности: продолжительная учеба 3-5 лет с постепенным нарастанием сложности выполняемых медицинских манипуляций и градацией на разряды обучения от «хлопца», к «полутоварищу», от подмастерья до мастера и магистра. Особое место уделено практике в форме «вандровок», завершавшихся итоговым контролем в форме экзамена.

С ростом благосостояния населения возрастает рождаемость, ведущая к развитию акушерского дела, и выделение его в самостоятельную дисциплину. Образованию придается большое значение, развитие науки идет в создаваемых высших учебных заведениях (медицинский факультет в академии в Вильно, XVI в). Деятельность Ф. Скорины и труды белорусских ученых XVII-XIX вв. Л. Зизания, С. Полоцкого, С. Будного, Е. Славинецкого, знаменитого врача-практика Ж-И. Жильбера и др. способствовали развитию книгопечатания и изданию учебников как способу трансляции знаний.

Идеи сестринского образования в XVIII-XX вв. в разных государствах мира в наиболее концентрированной форме выражены в трудах Флоренс Найтингейл. Большое значение имела и поддержка знаменитого русского хирурга Н.И. Пирогова, движения милосердия в России XIX в.

Авторитет личного влияния Ф. Найтингейл, общественные движения от МСМС до БелООМС воздействуют на осознание людьми ценности профессии. При поступлении в колледжи в 2018 г. увеличился конкурс до 3 человек на одно место. Награждение МС медалью имени Ф. Найтингейл в наши дни свидетельствует о высоком признании обществом этой профессии.

Общины милосердия в России было примером подвижничества, подхваченного белорусским обществом во второй половине XIX в. Женщины доказали, что они достойны равных с мужчинами прав в общественной жизни страны.

Крымская и Русско-турецкая войны подчеркнули важность организованного труда военных и гражданских ведомств, осуществляемого сообща врачами и МС. Актуализация подготовки «умелого женского персонала для нужд военного времени» привела к осознанию необходимости системного образования МС.

Авторитет, человеческие и организаторские способности знаменитого хирурга-ученого Н.И. Пирогова подняли знамя про-

фессии МС в России на новый уровень, способствовали выделению новых профессий МС в XIX в.

Подчеркнуты высокие нравственные требования к работе с пациентами мужского пола, новая роль МС в применении истинно женских качеств любви, сочувствия, сострадания и милосердия, что сделало образ МС привлекательным и высоко оцениваемым обществом.

Общественные начинания врачей-ученых в России (закладка Ботанического сада, организация Кунсткамеры, библиотеки при Академии наук и пополнение ее фондов личными дарами, строительство больниц и издание журналов за счет собственных средств, именные стипендии) продолжают список.

Становление профессии МС в мире и в Беларуси на протяжении XIII-XX вв. являет собой пример мудрого отношения наших предков к организации помощи больным и здоровым людям. Высокая значимость профессии МС определялась многосторонним подходом к их обучению и заботой не только о мануальных навыках, еде, жилье, одежде, но и высокой нравственности.

Высокие требования к личности лейб-медиков в Российской империи сочетались с наделением их значительными властными полномочиями, что повлияло на уровень организации медицинской помощи в XIX в. и на развитие таких новых направлений, как военная медицина и флотская медицинская служба. Прогрессивное сочетание науки и практики позволяло применять новейшие научные достижения (антисептику, минеральные воды, магнитотерапию, замену бруссеизма на аллопатию и гомеопатию, издание журналов «Русский хирургический архив», «Всеобщий журнал врачебной науки», работу в ученых советах Военно-медицинского общества и др.). Нравственные качества личности в соблюдении врачебной тайны и высочайшая образованность, требовательность и исполнительность отличали этих врачей, но поддерживались, в том числе, высоким материальным обеспечением. Так, в Беларуси в XIX в. врачи получали высокое финансовое содержание, что усиливало мотивацию к труду.

Преемственность деятельности лейб-медиков XVII-XIX вв. наблюдается в современном здравоохранении Республики Беларусь (Руммо О.В., Островский Ю.В., Ниткин Д.М., Данилова Л.И.). Имеет место сочетание практической ориентированности

врача и МС с научно-педагогической, исследовательской и редакторской деятельностью (Улащик В.С., Зубрицкий М.К., Вальчук Э.А., Сукало А.В.). Привлечение в XVIII в. Я.Ф. Монсеем внимания к ведению истории болезни («скорбных листов»), сохраняет актуальность для современного делопроизводства (электронная история болезни, электронный рецепт).

Высочайший уровень культуры и долга врача Российской империи, сочетавшегося с благотворительностью, личной преданностью к пациентам, являет собой жизнь и деятельность Е.С. Боткина.

Следствием реформ 1930-х гг. в СССР была ликвидация религиозной направленности Устава общин МС милосердия; выведение священнослужителей из состава преподавателей; увеличение общеобразовательной подготовки с 4 до 7 классов. В фельдшерско-акушерских школах на базе 7 классов, 3 лет в вечерних школах, 4 лет в профилактических техникумах была увеличена продолжительность обучения от 6 мес. (курсы дезинфекторов) до 2,5 года.

Произошла систематизация типов учебных заведений, введены единые учебные планы и программы со сроками обучения 2 года, специализация в сестринских профессиях на МС по физиотерапии, охране материнства и младенчества, по социальной помощи, для медицинских учреждений, акушерок.

Актуальной составляющей успешности медицинской помощи разным пациентам остаются навыки социального взаимодействия и преемственности в оказании медико-социальной помощи, получившей развитие в 1930-1940-х гг.

Итогом совершенствования управления, структуры, подготовки медицинских кадров и их образования БССР в 1930-1940 гг. стало:

- Появление 2-годичных вечерних отделений обучения при отделениях дневного пребывания младших и средних медицинских работников, что означало внимание к качеству медицинской помощи тяжелобольным пациентам.
- Сохранение значимости опыта организационных прогрессивных форм (участковый принцип, нормы нагрузки врача, первые отделения дневного пребывания на дому, специализированные приемы, бригадная форма работы, санитарная авиация,

шефская помощь городских учреждений над сельскими врачебными участками), продолжение их адаптации к требованиям оказания медицинской помощи по новым научным принципам.

- Финансирование здравоохранения по остаточному принципу доказало свою неэффективность. Следствием комплексного решения вопросов санитарно-эпидемиологического благополучия, лекарственного обеспечения, прививочных мероприятий стало снижение инфекционной заболеваемости населения в БССР, чему способствовало обучение медицинских кадров в предвоенное время.
- Впервые с 1922 г. очерчен круг трудоустройства и взаимодействия медицинской и социальной помощи. Начато выстраивание системы управления трудом средних медицинских работников, чему способствовало появление должности старшей МС (1936) и главной МС (1965).
- Изменение организации управления здравоохранением, административно-территориальное деление, расширение коечного фонда. Начато закрепление АПО за БО для плановой госпитализации пациентов с целью преемственности.
- Исторический опыт борьбы с эпидемиями XVII-XX вв. имеет определенное значение для борьбы с пандемией коронавирусной инфекции. Как считал философ О. Ключевский: «История – не учительница – она классная надзирательница. Она ничему не учит. Она наказывает за невыученные уроки». Оперативное реагирование Министерства здравоохранения Республики Беларусь и прогнозирование событий в период борьбы с пандемией COVID-19 свидетельствует, что опыт прошлого стал шагом в будущее, в достижение ЦУР, преодоление пандемии коронавирусной инфекции.
- Коррекция учебных программ для МС, обусловленная демографическими (акцент на помощь матерям и детям), структурными причинами (административно-территориальное деление), ситуативными причинами, акцентировании внимания на роль и функции МС, продолжается в настоящее время.
- Изменение уровней подготовки медицинских работников, включая санитарок, академический (в вузах и колледжах) и постакадемический уровни, способствовало тому, что срок учебы фельдшеров и акушерок возрос до 3 лет.

• Значимость непрерывного обучения на протяжении всей жизни в современной практике в Республике Беларусь подтверждается научными исследованиями и педагогическими новациями в дополнительном образовании, закрепляя новое место и более самостоятельную роль МС, акушерки и Пвр.

• Повышение качества образования главных (старших) МС в БелМАПО базируется на обновлении содержания медицинского образования, адаптации к потребностям практического здравоохранения, создании условий для самостоятельной работы и укреплении материально-технической базы, внедрении элементов дистанционного обучения и постоянном повышении квалификации профессорско-преподавательского состава.

Задачи обучения организаторов сестринского дела в БелМАПО:

• подготовка главных МС к исполнению руководящих функций в системе здравоохранения, приумножение имеющихся достижений без боязни перемен находится в русле рекомендаций ВОЗ (2020);

• повышение осведомленности государства и общества о важности работы МС и АК путем проведения научных исследований и публикации их результатов. Это вписывается в юбилейную дату – 200-летие основоположницы сестринского дела в мире Ф. Найтингейл, которое медицинское сообщество встретит новыми достижениями в сотрудничестве с БелООМС, Белорусской ассоциацией врачей и Европейской федерацией национальных сестринских и акушерских ассоциаций (EFNNMA).

Перспективы развития сестринского дела базируются на историческом опыте. Опыт, накопленный военными медиками в военные годы, способствовал унификации применения научно обоснованных методов медицинской помощи раненым в период Великой Отечественной войны, помог обеспечить преемственность лечебных и эвакуационных мероприятий, согласно военно-полевой медицинской доктрине.

Потенциал МС может быть в наибольшей мере использован в реализации четвертого фактора, влияющего на смертность, – развития общественной и индивидуальной культуры здоровья, не имея рычагов воздействия на уровень жизни, климат, уровень

развития организации медицинской помощи и доступность услуг системы здравоохранения, уровень его финансирования.

Целесообразно тиражирование опыта по образовательным новациям педагогов кафедры ОЗиЗ БелМАПО в рамках научной школы по общественному здоровью и здравоохранению проф. Вальчука Э.А.:

- Деятельность кафедры ОЗиЗ БелМАПО и курса ОСД педагогическими технологиями обучения вносит вклад в достижение Цели 2 и 3 глобальной кампании «Сестринское дело сегодня».
- Возможен вклад в достижение Цели 4 посредством улучшения качества обучения МС на управленческих должностях и новых возможностей для профессионального роста на всех уровнях обучения в системе дополнительного образования в БелМАПО.

Цель 2. Поддержать и укрепить распространение эффективных и инновационных практик в сестринском деле.

Цель 3. Достичь более весомого влияния медицинских сестер и акушерок на политику здравоохранения на национальном и глобальном уровне в контексте расширения участия медицинских работников в принятии решений.

Особого внимания заслуживает совершенствование функций и взаимодействия в области сестринского дела согласно тезису: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща», что способствует осознанию коллективной ответственности за реализацию политики Здоровье-2020 (вскоре и политики Здоровье-2030), выполнению ЦУР. Внимание к культуре труда и экономической составляющей мотивации труда МС будет способствовать более полному раскрытию их потенциала.

Обобщенные системные предложения для реализации в подготовке медицинских сестер сводятся к следующему:

- изменение численности должностных лиц в управлении сестринским делом в Республике Беларусь на стратегических уровнях – практическом и научном, а также на тактическом уровне;
- восполнение отставания нормативной правовой базы в базовом обучении средних медицинских работников, обоснование возможностей для удлинения сроков учебы в системе дополни-

тельного обучения главных МС и появление возможностей для карьерного развития через систему магистратуры;

- поддержание уровня медицинского профессионализма увеличением сроков продолжительности ПК в аккредитованных учреждениях образования;
- дополнение соответствия между практическими компетенциями МС и потребностями пациента, восполнение и обновление базы для симуляционного обучения в колледжах и вузах;
- обучение МС и Пвр навыкам работы в команде медицинских работников, использованию приемов медиации при разрешении конфликтных ситуаций;
- создание механизмов мотивации медицинских работников (МС, акушерок, Пвр) для профилактической деятельности;
- разработка стимулов и контроля деятельности главной (старшей) МС за персональной ответственностью МС и готовностью пациента следовать рекомендациям врача или Пвр;
- обучение и контроль МС за неосмысленным исполнением назначений врача («на автоматизме») при выполнении высокотехнологичной помощи или уходе со стороны главных (старших) МС;
- развитие лидерства МС, поощрение инициатив для эффективности системы взаимодействия ведомств, учреждений, организаций с помощью общественных организаций;
- увеличение количества часов для подготовки МС к деятельности в условиях электронного здравоохранения, преодоления барьера «машина-человек».

Осуществляемые с началом нового тысячелетия прогрессивные преобразования системы здравоохранения в Республике Беларусь внесли большой вклад в совершенствование модели медицинской помощи. Сочетание управленческих, информационных, организационных технологий с целью повышения доступности для населения медицинской помощи, осуществляемых посредством территориальных программ, определяющих объемы оказываемой помощи, виды и условия ее предоставления; совершенствование клинической практики в рамках программ государственных гарантий, регулирование объемов помощи с целью повышения использования ресурсов способствуют достижению поставленных целей программы Здоровье-2020.

Для совершенствования государственной системы здравоохранения необходимы не только концепции развития здравоохранения и сестринского дела в Республике Беларусь, предусматривающие широкий спектр мероприятий по повышению качества медицинской помощи, внедрению рыночных отношений в деятельность организаций негосударственной формы собственности, увеличению негосударственных источников финансирования. Прежде всего это программно-целевой метод планирования, успешно реализуемый на протяжении ряда лет посредством государственных программ «Здоровье народа», «Туберкулез», «Онкология», республиканских программ «Кардиология», «Сахарный диабет». «Лечебно-оздоровительная программа подростков». Метод программно-целевого планирования доказал преимущества работы Министерства здравоохранения Республики Беларусь с НИИ (РНПЦ) и вузами.

Появление разнообразных факторов, снижающих качество медицинской помощи для людей, заставляет изыскивать резервы обеспечения прав человека на жизнь с учетом соблюдения принципов достоинства личности, культуры, этики, информированного согласия, конфиденциальности и безопасности медицинской помощи. На успешное обучение главных и старших МС, Пвр, акушерок и МС современности влияют условия работы, межведомственное и междисциплинарное взаимодействие, отмеченные в Минской декларации (2015).

Основные примеры использования опыта прошлого в дополнительном обучении главных и старших МС на курсе ОСД кафедры ОЗиЗ БелМАПО

- Введение преподавания основ сестринской педагогики в ФЗОЖ (3 учебно-методических пособия, мастер-классы, постоянные рубрики в журналах перечня ВАК).
- Широкое использование организационных форм в виде проведения заседаний 8 круглых столов; 5 мастер-классов классов с привлечением самих обучающихся, вебинаров на актуальные темы.
- Систематизация обучения по основам сестринской педагогики и междисциплинарному взаимодействию.
- Популяризация ФЗОЖ через ведение постоянной рубрики «Здоровый образ жизни» в республиканских (перечня ВАК)

журналах: «Народная асвета» (2003-2010), «Веснік адукацыі» (2008-2011), «Вестник пенитенциарной медицины» (2007-2011), «Профессиональное образование» (2014) «Здравоохранение (2015-2017), «Медицинская сестра» («Русский врач») (РФ, 2013-2020), а также научно-популярных журналах для МС «Медицинские знания» и «Мир медицины» (2003-2020).

- Профилактика синдрома эмоционального выгорания через введение впервые в унифицированную программу для главных МС (2001), а в последующем – в программы обучения студентов и обучающихся (2004).
- Профилактика социального сиротства в программы обучения главных (старших) МС.
- Соавторство магистров и практиков в публикации учебно-методических пособий (Русак С.М., Примшиц Д.М., Вискуб Б.В.).
- Привлечение к экспертизе и рецензированию работ, издаваемых в БелМАПО, практикующих главных МС (Дятко И.В., Карницкая Т.С., Южик С.Ф.).
- Обеспечение рецензирования учебных пособий к публикации с грифом Министерства образования Российской Федерации (17 рецензий и экспертиз – Матвейчик Т.В.).
- Популяризация изданий курса ОСД и кафедры ОЗиЗ не только в интернете, но и за рубежом с 2012 г. Издание электронных учебных пособий по сестринскому делу.
- Работа в республиканских и международных комиссиях, научных советах, редакционных коллегиях Республики Беларусь, Российской Федерации, Азербайджана, Латвии и Греции.

Опыт европейских государств свидетельствует о том, что при нехватке врачей МС с высшим образованием могут получать разрешение на самостоятельную работу – лицензию на практику, что становится резервом улучшения доступности ПМП, используемым в Республике Беларусь в деятельности БСУ.

Анализ существующего состояния образования на примере дополнительного обучения сестринских руководителей в БелМАПО свидетельствует о последовательной политике Министерства здравоохранения Республики Беларусь совместно с Министерством образования Республики Беларусь и Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь, рядом

общественных организаций, учреждений и ведомств по совершенствованию медицинского образования.

Учитывая направленность на более высокий уровень образования медицинских сестер, рекомендуемый ВОЗ, опыт развития сестринского образования ряда европейских государств, проведен анализ нерешенных вопросов в области обучения главных медицинских сестер в Республике Беларусь.

Высшее сестринское образование на фоне развития имеет ряд проблем:

1. Организационные:

– отбор на дневное обучение после 11-летнего общего среднего образования. Целесообразен опыт ряда государств, когда прием осуществляют после 2-3-летней работы в практическом здравоохранении;

– формы и сроки обучения (3 года базовое сестринское образование, плюс 1-2 года заочное со специализацией «менеджер сестринского дела»);

2. Методологические: преемственность планов и программ обучения в колледже – вузе – академии. Подготовка по специальностям мастеров-магистров для должностей главных медицинских сестер РНПЦ. Актуальность передачи знаний в учебнике как средстве трансляции знаний от врачей к медсестрам. Имеет определенные положительные стороны (высокий интеллект врачей, хорошая теоретическая и практическая подготовка, знание особенностей работы сестры, ее профессиональных ошибок) и отрицательные (отношение врачей к медсестре с некоторым оттенком превосходства, взгляд на проблемы медсестры только в роли помощника).

3. Медицинские: соотношение врач: МС существует в настоящее время 1: 2, 3, 4, а рекомендуемое ВОЗ должно быть 1: 4, 5, что обеспечит качество работы команды ВОП. Для качественного выполнения парамедицинских функций, которые должны выполнять младшие МС, необходима организация их обучения в колледжах на вечернем отделении продолжительностью 1 год, по опыту Грузии и Латвии.

4. Правовые: необходимо дополнение в Закон «О здравоохранении» с целью защиты медицинского работника от недобросовестного пациента. Выделить обязанность для СМИ участ-

вовать в мотивации школьников накануне вступительных кампаний, подготовить ролики социальной направленности «Я люблю свою профессию сестры за то, что…» и обеспечить его периодическую трансляцию по центральному и местному каналам телевидения. К элементам творческого подхода к вступительной кампании и мотивации выпускников к приобретению профессии Пвр, МС или акушерки следует отнести флешмобы, популярные в молодежной среде.

5. Культурологические: философии сестринского дела должно быть отведено место в учебных программах базового и дополнительного медицинского образования для вузов и колледжей. СМИ больше популяризировать профессию МС, и Международный день медсестры 12 мая отмечать как праздник, учрежденный в память о Ф. Найтингейл. В мире он отмечается с 1974 г., в Российской Федерации – с 1993 г., в Республике Беларусь – с 2001 г.

6. Экономические: заочное обучение платное, которое целесообразно заменить целевым обучением за счет направляющей организации. Серьезным демотивирующим фактором в течение ряда лет является отсутствие разницы в окладе за более высокий уровень образования для лиц с высшим сестринским образованием, занимающих должность главной МС, против лиц со средним специальным медицинским образованием на той же должности, то есть отсутствует доплата за более высокий уровень образования.

7. Педагогические: где и кто должен обучать медицине МС. «Равный обучает равного» в вузах с разной продолжительностью обучения в зависимости от программы будущей работы (от 4 до 6 лет). Следовательно, это должны быть квалифицированные МС с высшим образованием из практического здравоохранения с наличием квалификации не ниже магистра.

Снижению отрицательных последствий от нововведений в педагогике служит адаптация как этап от получения базового обучения к практике МС, чему способствует симуляционное обучение, реализуемое в ходе профессиональной адаптации, что способствует улучшению практической подготовленности учащихся к работе в ОЗ, их психологической готовности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Таким образом, опыт прошлого становится ступенью в будущее в образовании медицинской сестры. В целях повышения эффективности обучения главных МС как провайдеров улучшения организации труда средних медицинских работников рассмотрены задачи, которые предстоит решать в системе базового и дополнительного образования.

Имеет место ряд признаков, характеризующих соответствие сестринского образования современным требованиям: наличие преддипломной практики, введение в дисциплины учебных программ гуманитарных, социальных, экономических разделов, 3-уровневая система образования, наличие преподавателей сестринского дела из числа МС с высшим образованием. Однако повышению эффективности охраны здоровья в соответствии с потребностями каждого гражданина и семьи препятствует низкая ответственность населения за свое здоровье и отдельные административные, организационные и нормативные недостатки.

Анализ трансформации здравоохранения и сестринского образования в истории Беларуси III – начала XXI столетий предоставил возможность учесть уроки прошлого и их решение на фоне военных, социальных и экономических потрясений. Выявлены наиболее значимые маркеры в обучении главных медицинских сестер, особенности текущего периода для понимания новой роли МС, акушерок, Пвр по амбулаторно-поликлинической помощи в системе ВОП через решение ряда задач.

Проведение всеми медицинскими работниками, включая МС, профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий наряду с усилиями всего общества и органов власти на фоне совершенствования общественной и индивидуальной культуры позволит предотвращать заболевания и продлевать жизнь людей.

Предложения

1. По мере роста экономики государства планировать увеличение сроков базового обучения медицинских сестер с 1 года 10 мес. до 3 лет в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2020).

2. Для получения специальности МС общей практики, педиатрической, эндокринологической, неврологической, психиатрической, офтальмологической МС срок базового обучения продлить на 0,5 года, до 3,5 года.

3. Квалификационные требования к должности главных (старших) медицинских сестер должны включать дополнительные требования, обусловленные динамикой развития менеджмента в области общественного здравоохранения и сестринского дела.

- На должность старшей МС следует назначать специалистов с квалификационной категорией не ниже II и стажем практической деятельности не менее 3 лет.
- На должность главной МС АПО – специалистов с квалификационной категорией не ниже I и стажем практической деятельности не менее 5 лет.
- На должность главной МС БО – специалистов с квалификационной категорией не ниже I и стажем практической деятельности не менее 7 лет.
- На должность главной МС РНПЦ – специалистов с высшей квалификационной категорией, стажем практической деятельности не менее 7 лет, опытом ведения научных исследований, с ученой степенью магистра, знанием иностранного языка и информационных технологий. Им необходимо подтверждение квалификационной категории на ПК с последующей сдачей экзамена 1 раз в 5 лет.
- Продолжить использование опыта Республиканской практической школы ВОП в секции по практическому обучению Пвр и МС отдельным практическим навыкам для работы в КМП.
- Более активно тиражировать опыт в области сестринского образования через БелООМС в сотрудничестве с БАВ.

Средние медицинские и акушерские работники, совместно с врачебным сообществом, могут и должны влиять на интегрированный показатель общественного здоровья, характеризующий общество с позиций здоровья, социального, культурного и эко-

номического благополучия населения. Особенно это проявилось в период борьбы с пандемией инфекции COVID-19. Актуальным для оценки деятельности всех медиков в настоящее время является лозунг С. Джобса: «То, что мы здесь делаем, поднимет волны во всем мире».

Целесообразность переноса системы обучения МС и акушерок на уровень вузов, расширение их профессиональных обязанностей в системе ВОП, подготовка главных МС к исполнению руководящих функций, повышение осведомленности государства и общества о важности работы МС и АК осуществляются в медицинских колледжах, вузах, в БелМАПО либо планируются для внедрения. Улучшение условий и оплаты труда средних медицинских работников закреплено в решениях правительства, ФПБ, что соответствует рекомендациям ВОЗ в области развития сестринского дела, особенно в период борьбы с пандемией коронавирусной инфекции. Забота о жизни каждого человека и медицинских работников в том числе – главная забота государства.

Содержание сестринской профессии в настоящее время укладывается в постулат нравственности для человека: «Наши обязательства должны всегда превышать дарованные нам свободы» (А.И. Солженицын).

Глоссарий

Адаптация инвалидов – комплекс мероприятий, направленных на достижение инвалидом уровня самообслуживания, достаточный для его самостоятельного проживания, трудовой и иной деятельности (Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» от 23 июля 2008 г. № 422-З, с изм. и доп.).

Бруссеизм – система представлений о причинах болезней и методах их лечения, предложенная Бруссе Ж.В. Физиологическая теория состояла в том, что жизнь в организме человека поддерживается только возбуждением. Слишком сильное или слабое возбуждение ведет к болезни, проявляемой вначале в одном органе, а затем «симпатически» передаваемой другим органам. «Без предшествующего страдания какого-либо органа общих болезней не бывает», – считал Бруссе. Чаще всего раздражается желудок и кишечник, поэтому желудочно-кишечное воспаление является основой патологии. Смысл состоял в том, что в основе всякого болезненного процесса лежит первичное раздражение, в частности, раздражение или воспаление различных отделов желудочно-кишечного тракта.

Болонский процесс – процесс по сближению и гармонизации систем высшего образования стран Европы с целью создания единого европейского пространства высшего образования, начат 19 июня 1999 г. во Франции (Болонья) заключением Болонской декларации, поддержанной 48 государствами.

Взаимодействие – способ организации совместной деятельности, осуществляемой на основании социального восприятия и с помощью общения. В «Словаре русского языка» С. Ожегова значение слова «взаимодействие» объясняется как взаимная связь двух явлений; взаимная поддержка.

Волонтер – физическое лицо, добровольно выполняющее работы или оказывающее услуги на безвозмездной основе (Закон Республики Беларусь «О Белорусском Обществе Красного Креста» от 24 октября 2000 г. № 437-З с изм. и доп.).

Диаконисса – особая категория женщин в древней Церкви I-VIII вв., принявших посвящение и несших определенные церковные обязанности, но не участвующих в совершении таинств.

К функциям относили: приготовление к крещению и оказание помощи священникам при самом крещении женщин; дела милосердия: посещение больных и бедных, раздача милостыни и устройство трапез; размещение женщин в церкви по особому порядку. Апостольские постановления указывают, что диакониса «без диакона ничего пусть не делает и не говорит, но при этом никакая женщина да не приходит к диакону или епископу без диаконисы».

Диспансеризация – комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством.

Диспансеризация населения – комплекс медицинских услуг, оказываемых в целях проведения медицинской профилактики, определения групп диспансерного наблюдения, пропаганды здорового образа жизни и воспитания ответственности граждан за свое здоровье (Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. №2435-XII, с изм. и доп.).

ЗОЖ – поведение человека, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия (Международный терминологический словарь «Санитарное просвещение»).

Здоровье общественное – интегрированный уровень общественного прогресса, характеризующий общество в целом с позиций здоровья населения, социального, культурного и экономического благополучия.

Качество жизни – степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются (ВОЗ). Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по форми-

рованию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года» от 31.03.2011 г. № 335.

Квалификация – уровень общей и специальной подготовки работников, подтверждаемый установленными законодательством видами документов (аттестат, диплом, свидетельство и др.) (Трудовой кодекс Республики Беларусь).

Компетенция (от лат. competere – соответствовать, подходить) – сумма знаний, умений, практического опыта и профессиональных взглядов, позволяющих человеку осуществлять профессиональную деятельность в конкретных условиях (Stoof et al., 2002; Dreyfus, 2004).

Контуберния – санитарное товарищество, позволявшее обеспечить общественную гигиеническую защиту какого-либо места в XIII в.

Лейб-медик (от нем. Leib – тело) – придворные звания и должности врача или консультанта у одной из особ царствующего дома Романовых. Имелась медицинская специализация: различали лейб-хирургов, лейб-акушеров, лейб-отиатров, лейб-педиатров, лейб-окулистов, др.

Лидер – член социальной группы, чей авторитет, власть и полномочия безоговорочно признаются остальными членами, находящимися под его психологическим влиянием.

Лидерство – процесс, развивающийся внутри групп, в котором один человек, или по долгу службы, или в силу личных качеств, или того и другого получает от других членов группы достаточные основания для мотивации группы на достижение цели.

Магистр (от лат. magister – наставник, учитель) – академическая степень, квалификация (в некоторых странах – ученая степень), приобретаемая магистрантом после окончания магистратуры. В ВКЛ ученую степень магистра носил учитель так называемых свободных наук, впоследствии оно было присвоено ученой степени на философском факультете, к XIX в. вытесненной степенью доктора философии. В XIX–XX вв. ученая степень магистра, низшая по отношению к докторской, сохранялась в Англии и России. Степень магистра получало лицо, которое по окончании университетского курса выдерживало устное испыта-

ние в известной отрасли наук, публично защищало одобренную факультетом диссертацию. В особых случаях факультет мог допустить к испытанию на степень магистра лицо, представившее докторский диплом иностранного университета. Лицо, выдержавшее магистерский экзамен, но не защитившее еще диссертации, называлось магистрантом.

Магистратура – ступень высшего профессионального образования, следующая после бакалавриата, позволяющая углубить специализацию по определенному профессиональному направлению. В средневековых университетах существовали академические степени: бакалавр, магистр, доктор философии. С 1240 г. магистры получили право избирать ректора.

Медицинская активность (от лат. – усиленная деятельность) – обобщающее понятие, охватывающее как деятельное состояние самого человека, так и социальные институты здравоохранения. Это отношение человека к своему здоровью, здоровью других, выполнение медицинских предписаний, гигиенических рекомендаций, норм поведения, а также другие виды деятельности человека, связанные со здоровьем.

Патронаж – (от франц. – покровительство) – вид медицинского обслуживания, предусматривающий постоянный контроль состояния здоровья пациентов, регулярное посещение их жилищ, оказание необходимой помощи, проведение необходимых манипуляций.

Симуляция – (имитация, моделирование, реалистичное воспроизведение процесса) – современная технология обучения и оценки практических навыков, умений, знаний, которая базируется на воспроизведении клинической ситуации, взятой из комплексного представления о человеке.

Скрининг – специальная медицинская стратегия ранней диагностики заболевания, тесты выполняются на фоне отсутствия клинических признаков болезни или нечеткой клинической картины. Это научно обоснованная программа системы общественного здравоохранения, проводимая среди субъективно здорового населения независимо от социального статуса. Существует три подхода к применению.

1. Массовое обследование населения и выявление лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболе-

ваний.

2. Предположительная идентификация нераспознанной болезни или дефекта с помощью набора тестов или диагностических процедур, имеющих высокую чувствительность и проводимых без большой затраты времени.

3. Метод профилактической медицины, заключающийся в проведении массовых медицинских обследований, направленных на выявление скрыто протекающих заболеваний или других состояний (факторов риска будущих заболеваний), обычно проводящийся с использованием недорогих, неинвазивных диагностических процедур, имеющих достаточно высокую чувствительность (ВОЗ).

Тайна врачебная – информация о пациенте, ставшая известной медицинскому работнику при выполнении им профессиональных обязанностей. Факт обращения за медицинской помощью и состояния его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти – и информация о результатах патологоанатомического исследования (Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. № 2435-XII, с изм. и доп.).

Формирование здорового образа жизни – деятельность, направленная на поведение человека и населения с целью сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года» от 31.03.2011 г. № 335.

***Дополнительная литература**

1. Матвейчик, Т.В. Глоссарий наиболее употребляемых терминов по организации сестринского дела / Т.В. Матвейчик, М.Н. Астрейко. – Минск: БелМАПО, 2008. – 48 с.

2. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению. – Минск: РНПЦ МТ, 2017. – 119 с. – Режим доступа: https://konsulmir.com/11267-2// Дата доступа: 12.05.2019

Приложение 1

Условия эффективной управленческой деятельности главной медицинской сестры

- определение приоритетных целей и задач деятельности в организации здравоохранения, собственной работе и труде подчиненных;
- использование современных технологий управления;
- рациональное, информационно насыщенное и детально структурированное делопроизводство;
- профессиональное взаимодействие на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи, включая межведомственное и междисциплинарное.

Факторы эффективной управленческой деятельности главной медицинской сестры

- умение устанавливать приоритеты;
- навык планирования наиболее важных производственных дела и выполнения их в первоочередном порядке;
- оперативное изменение плана сообразно обстоятельствам.

Критерии эффективности работы сестринского руководителя

1. **Показатели профессиональной деятельности:**

- уровень личного вклада в выполнение требований должности;
- способность к сотрудничеству с коллегами для общих целей;
- делегирование с целью максимального использования мотивирующих факторов и навыков сотрудника для получения им профессионального опыта;
- навык оценки выполнения порученного задания и позитивный отклик в конструктивной форме;
- содействие профессионально-личностному росту подчинен-ных, навык определения и использования мотивации конкретного сотрудника;
- умение и желание работать в условиях перемен;
- самостоятельность в решении нештатных вопросов;
- инициативность и способность к реализации своих идей;

- готовность нести ответственность за предложенные перемены;
- навык предоставления нужной информации руководству, коллегам, пациентам;
- коммуникативная компетентность (предоставление нужной и точной информации).

2. Знания, умения и навыки: аналитические качества, взгляд на ситуацию в целом; детальная проверка; качество выполнения рабочих задач и достижение поставленных целей.

3. Личностные качества руководителя (самостоятельность, обоснованная доминантность; настойчивость и целеустремленность; навык быстроты понимания сути проблемы; умение взаимодействия и координации работы людей, подразделений, организаций, структур; навык контроля и способность держать в памяти детали, вовремя реагировать на отклонение; способность к быстрой реакции в нестандартной, напряженной, нештатной ситуации, смелость принятия ответственности на себя; любовь и интерес к работе при отличном знании дела, эффективное использование рабочего времени; поиск нового, расширение кругозора; отношение к критике адекватное, прислушивается к замечаниям; честность и порядочность в работе ко всем; наличие опыта и умение делиться им с коллегами).

Заключение о соответствии занимаемой должности (можно выдвинуть на новую должность, потенциал соответствует занимаемой должности, неэффективен в данной должности, лучше понизить или перевести на иное место работы, должен быть немедленно уволен).

Цитаты знаменитых людей о бодрости

Энтони Роббинс, который успешно реализовал все свои лучшие качества и преодолел многие трудности жизни, стал влиятельной знаменитостью, писателем, предпринимателем и бизнес-тренером по теме саморазвития и мотивационного развития человека:

*Мы не можем контролировать события, но мы можем на них влиять.

*Самое важное решение, которое вы можете принять, – это жить в прекрасном состоянии.

*Смените свои ожидания на благодарность – и ваш мир мгновенно изменится.

*Личность не развивается, когда все идет хорошо. Она формируется во время трудностей.

*Желания – это энергия.

*Любая боль может стать источником силы, если вы найдете способ вырасти через нее.

*Дарит здравию уверенность, бодрость духа и умеренность (В. Красовский).

*Неисчерпаемая бодрость мысли, способность к новым комбинациям совершенно освобождают выдающегося человека от власти скуки, если исключить момент утомления (А. Шопенгауэр).

*Вставать надо рано, работать сурово, очень сурово. Это не повредит никому, потому что создаст бодрость духа, а дух в свою очередь, позаботится об участи тела (Коко Шанель).

*Будь как солнце, щедро разливающее вокруг себя свет и бодрость (Е. Рерих).

*Лучший способ взбодриться – попытаться порадовать кого-то еще (Марк Твен).

*Если вы хотите, чтобы жизнь улыбалась вам, подарите ей сначала свое хорошее настроение.

*Будь добрым, не злись, обладай терпеньем. Запомни: от светлых улыбок твоих зависит не только твое настроенье, но тысячу раз настроенье других (Э. Асадов).

*Логика может привести Вас от пункта А к пункту Б, а воображение – куда угодно (А. Эйнштейн).

*Человек начинает жить лишь тогда, когда ему удается превзойти самого себя (А. Эйнштейн).

*Есть только два способа прожить жизнь. Первый – будто чудес не существует. Второй – будто кругом одни чудеса (А. Эйнштейн).

*Бог обращается к человеку шепотом Любви, а если он не услышан, то – голосом Совести. Если человек не слышит голоса Совести – то Бог обращается через рупор страданий (К.С. Льюис).

*Если Вы верите, что Вы кем-то являетесь, то Вы этим являетесь. Если Вы верите, что у Вас что-то получится, то у Вас это получится. (Конфуций)

*Счастье заключается в радости достижения цели и острых ощущениях творческого усилия (Ф.Д. Рузвельт).

Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна

Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее

Подписано к печати 26.10.2020. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 13,02.
Тираж 100 экз. Заказ 637.

ООО «Ковчег».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий
№ 1/381 от 1 июля 2014 г.
Ул. Леонида Беды, 11/1-205, 220040 г. Минск.
Тел./факс: (017) 379 19 81, тел.: (017) 358 19 27,
e-mail: kovcheg_info@tut.by

В научном издании освещены периоды становления сестринского образования и профессии медицинской сестры в Беларуси и России, в современной Республике Беларусь, развитие женского милосердия, перспективы становления профессии медицинской сестры.

Предназначено специалистам в области сестринского дела и общественного здравоохранения, главным (старшим) медицинским сестрам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, акушеркам, слушателям повышения квалификации государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», лицам, интересующимся историей медицины.

ISBN 978-985-884-003-7

