



Министерство здравоохранения РФ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
КОГБОУ СПО «Кировский медицинский колледж»

Киселева А.Н. , Мышкина Л.В.

ПРИЛОЖЕНИЕ
к учебному пособию
«ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»

Учебное пособие
Специальность 34.02.01 Сестринское дело
(Углубленная подготовка)

Киров 2016

«Одобрено»
на заседании ЦМК

Протокол № _
от «__» _____
Председатель ЦМК

«Утверждаю»
Председатель
Методического совета

Протокол № _
от «__» _____

Данное пособие содержит Приложение, включающее нормативно-правовую документацию, на основании которой осуществляются исследования руководителей средних медицинских работников.

Составители:

Киселева А.Н., заслуженный учитель РФ, преподаватель КОГБОУ СПО «Кировский медицинский колледж».

Мышкина Л.В., к.м.н., медицинская сестра КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Научные исследования в сестринском деле	4
2. Этический кодекс медицинской сестры России	29
3. Клинический этикет и его составляющие	42
4. Клинический этикет и основные законодательные документы	51
5. Особенности клинического этикета в отдельных медицинских специальностях	54
6. Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации	59
7. Конвенция о правах и обязанностях врачей в Российской Федерации	65
8. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации	71
9. Утверждены новые квалификационные требования к медработникам	72
10. О применении профессиональных стандартов в сфере труда	82
Список литературы	84

1. НАЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Изучив эту тему, вы узнаете:

- историю развития сестринских исследований;
- роль медицинских сестер в научных исследованиях;
- задачи и основные направления научных исследований в сестринском деле;
- характеристики и ограничения научного исследования;
- суть качественных и количественных исследований;
- основные этапы сестринских исследований.

Основные понятия: гипотеза исследования, исследование качественное, исследование количественное, исследование научное, исследование научное сестринское, исследование прикладное, исследование фундаментальное, метод научный, проблема исследования, программа (дизайн) исследования, производители сестринских исследований, потребители сестринских исследований.

Научные исследования в сестринском деле, как и в любой другой научной дисциплине, являются методом получения достоверных научных данных, позволяющих осуществлять и совершенствовать профессиональную деятельность. Сестринские научные исследования — это систематический процесс изучения клинической или управленческой проблемы, который проводится медицинскими сестрами, пытающимися получить новую информацию для улучшения помощи пациентам и/или разрешения проблемных ситуаций. Конечной целью проведения исследований в сестринском деле является повышение качества сестринской практики.

1.1. Историй развития сестринских исследований

Начальным этапом развития сестринских исследований принято считать исследование, проведенное Ф. Найтингейл в 1859 г. и посвященное влиянию факторов окружающей среды на состояние здоровья человека. Методически применяя в практике ухода за больными свои глубокие и всесторонние знания о природе человека, она усовершенствовала традиционную домашнюю женскую работу по уходу за больными членами семьи и возвела ее в ранг профессиональной деятельности, базирующейся на теоретических знаниях и научных принципах.

Значительный вклад в дальнейшее развитие сестринских исследований внесли работы, выполненные в США. В начале XX в. руководители сестринских служб и сестринских школ США, большинство из которых являлись преподавателями, считали, что сестринская практика может быть улучшена через повышение качества образования медицинских сестер. Поэтому первые исследования были направлены больше на повышение качества образования и совершенствование руководства сестринскими службами, чем на улучшение самой практической деятельности (исследовались учебные программы, соответствие образования требованиям практического здравоохранения, портрет студентов сестринских школ и др.).

Пятидесятые годы XX столетия были наполнены большим количеством событий, которые подняли научные исследования на новый уровень развития. В 1952 г. появился первый сестринский исследовательский журнал — «Nursing Research» («Исследования в сестринском деле»), задачами которого являлось информирование медицинских сестер и представителей родственных профессий о результатах научных исследований в сестринском деле и стимулирование сестринских исследований.

В последнее время в США научные исследования в сестринском деле находят все большее признание на национальном уровне. Создан Национальный институт сестринских исследований (National Institute of Nursing Research, NINR), укрепляется финансовая поддержка сестринских исследований. В лечебно-профилактических учреждениях введены постоянные должности медицинских сестер — научных работников, занимающихся проведением и разработкой клинических сестринских исследований.

Американские специалисты считают, что будущее сестринских исследований в США заключается в развитии еще более сильной научной базы сестринской практики. Поэтому больше научных исследований, проводимых медицинскими сестрами, должно быть ориентировано на сестринскую практику.

Сестринские исследования в Европе развивались в течение последних 30-40 лет. В таких странах, как Дания, Финляндия и Великобритания, история развития сестринских исследований насчитывает более трех десятилетий, в то время как в Эстонии, Литве, Словении и некоторых других странах сестринские научные исследования как вид профессиональной деятельности медицинских сестер существуют чуть более 10 лет. В большинстве же стран, особенно Восточной Европы, сестринские исследования находятся на начальном этапе развития. Кроме того, уровень развития сестринских исследований в странах Европы значительно отличается вследствие разного уровня развития европейских стран и положения сестринского дела в системе здравоохранения и в обществе.

В таких странах, как Великобритания, Германия, Франция, Швейцария отмечаются тенденции признания сестринского дела самостоятельной профессией, практическая деятельность которой имеет развитую теоретическую базу. В отличие от ранних исследований в США, проведение которых мало отражалось на практической деятельности медицинских сестер, сестринские исследования в европейских странах больше ориентированы на практическую деятельность.

Несмотря на различный уровень развития сестринских исследований, этапы их развития во всех европейских странах сходны. Научные исследования в области сестринского дела начинали развиваться как инициатива лидеров сестринского дела. Следующим этапом было получение правительственной поддержки в подготовке медицинских сестер в области научных исследований, а также содействие со стороны национальных сестринских ассоциаций.

Дальнейшее развитие инфраструктуры сестринских исследований было во многом связано с системой высших учебных заведений. Именно клиники университетов стали базой для расширения спектра сестринских исследований и повышения их качества.

Понимание медицинскими сестрами необходимости создания грамотной точки зрения политики здравоохранения стратегии развития сестринских исследований явилось важным событием 90-х гг. прошлого столетия. Интересно, что необходимость развития сестринских исследований в виде стратегически планируемой деятельности в равной степени признана и в странах, где история сестринских исследований исчисляется десятилетиями, и там, где этот вид профессиональной деятельности медицинских сестер только начинает развиваться.

Большая работа проведена и ведется в настоящее время в Европе для дальнейшего развития сестринских исследований и параллельного создания теоретической базы. Эта работа включает организованные усилия Всемирной Организации Здравоохранения (World Health Organization), Международного Совета медицинских сестер (International Council of Nurses) и Рабочей группы европейских медицинских сестер-исследователей (Workgroup of European Nurse Researchers).

В рамках научных исследований в области сестринского дела, по мнению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (1993), особый акцент делается на приобретении знаний об организации ухода за здоровыми и больными людьми. Такие исследования нацелены на понимание основополагающих генетических, физиологических, социальных, поведенческих и экологических механизмов, влияющих на способность индивидуумов и целых семей поддерживать на необходимом уровне или активизировать оптимальное функционирование и сводить до минимума негативные последствия заболеваемости. В настоящее время приоритетными для проведения сестринских научных исследований являются:

- оценка результатов реформ в системе здравоохранения с точки зрения равенства, адекватности и качества помощи, а также влияния на медицинский персонал, в частности, медицинских сестер;
- сравнительный анализ обеспеченности и потребности в медицинском персонале в странах с различным уровнем социально-экономического развития;
- оценка организационной структуры учреждений здравоохранения, условий работы, технологий, повышение мотивации и продуктивности деятельности сестринского персонала;
- анализ адекватности, эффективности и качества сестринского образования и практической деятельности медицинских сестер;
- сравнительный анализ качества услуг, оказываемых медицинскими сестрами;
- исследования, связанные с разработкой моделей сестринской помощи и обеспечением необходимых условий для ее качественного оказания социально неблагополучным группам населения;
- качество помощи на различных уровнях системы здравоохранения и для различных групп населения;
- исследования в области этики и деонтологии;
- разработка моделей сестринской помощи, адаптированных к культуре и системе ценностей, принятых в стране;
- организация и модели сестринской помощи на дому;
- инфекционный контроль.

Развитие сестринских исследований в России имеет сравнительно небольшую историю. Это во многом обусловлено исторически сложившейся моделью оказания медицинской помощи, рассматривающей деятельность медицинской сестры как вспомогательную для врача. Исследования, проводившиеся в области сестринского дела практически до конца XX столетия, были посвящены вопросам подготовки медицинских сестер в средних специальных учебных заведениях и выполнялись в основном врачами, осуществлявшими эту подготовку.

Выполненная в 1995 г. докторская диссертация ГМ. Перфильевой «Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз)» определила роль сестринского дела в отечественном здравоохранении, установила структуру и важнейшие элементы концепции развития сестринского дела в России. В работе было подчеркнуто, что одним из факторов развития сестринского дела является формирование базы научных исследований в сестринском деле.

Важность развития научных исследований в сестринском деле была также отражена в задачах Отраслевой программы развития сестринского дела в Российской Федерации, утвержденной приказом МЗ РФ №4 от 9 января 2001 г. Согласно указанному документу, предусматривалось обеспечение реализации программы научных исследований по приоритетным направлениям в области сестринского дела и прикладным дисциплинам на 2001-2005 гг.; предполагалась разработка новых и усовершенствование существующих технологий подготовки специалистов со средним и высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело»; планировалось обеспечение регулярного проведения научно-практических конференций по актуальным проблемам в области сестринского дела. В документе было подчеркнуто, что научное сопровождение реализации Отраслевой программы будет способствовать ускорению процесса реформирования сестринского дела.

В настоящее время в различных профессиональных медицинских журналах, издающихся в России, публикуются результаты проведенных исследований в области сестринской деятельности. Также имеется небольшое количество журналов, специализирующихся только на вопросах профессиональной деятельности средних медицинских работников: «Медицинская сестра», «Главная медицинская сестра», «Сестринское дело», «Медсестра» и др. На их страницах, наряду с публикациями нормативных документов, освещением прошедших событий, печатаются результаты исследований, выполненных преподавателями, студентами высших и средних медицинских образовательных учреждений, руководителями сестринского персонала и медицинскими сестрами лечебных учреждений.

Открытие в 1993 г. в стране первых факультетов высшего сестринского образования позволило начать подготовку медицинских сестер-менеджеров для работы в качестве руководителей сестринских служб в медицинских организациях, преподавателей средних специальных и высших медицинских учебных заведений, а также для организации и проведения научных исследований в сестринском деле. Уже в конце XX в. появились первые научные исследования, выполненные выпускниками факультетов высшего сестринского образования в форме кандидатских работ.

1.2. Роль медицинских сестер в научных исследованиях.

Участие в исследовании — это отличная возможность больше узнать о научной работе и эффективнее использовать ее результаты в практической деятельности. Известно, что наилучших результатов добиваются исследовательские группы, в которые входят медицинские сестры, владеющие научно-исследовательскими и практическими навыками.

Медицинские сестры и студенты по-разному участвуют в сестринских исследованиях, формируя континуум, отражающий степень их активного участия в проведении исследований. На одном конце этого континуума находятся лица, активно участвующие в разработке и проведении научных исследований — производители сестринских исследований.

В прошлом большинство медицинских сестер-исследователей являлись преподавателями сестринских школ, однако в настоящее время все больше исследований проводится практикующими медицинскими сестрами. Медицинские сестры-исследователи часто возглавляют исследовательские группы. В США и некоторых странах Европы большая часть медицинских сестер, проводящих научные исследования в области сестринского дела, имеют образование на уровне магистра или доктора.

Медицинские сестры с более низким уровнем образования являются членами исследовательской группы. Роль члена исследовательской группы может заключаться в участии во всех или некоторых этапах исследования. Одним из наиболее важных вкладов членов сестринской исследовательской группы является контроль его клинической значимости.

На противоположном конце континуума находятся медицинские сестры и студенты, чье участие в исследовании является исключительно пассивным. Это потребители сестринских исследований, читающие отчеты исследований в основном для того, чтобы быть в курсе происходящего в области их практической деятельности или для развития новых практических навыков. Потребитель сестринских научных исследований — это медицинская сестра, которая использует результаты сестринских научных исследований, инструменты сбора данных исследования или концептуальные модели, созданные для исследования.

Термин «потребитель» также относится к медицинской сестре, которая видит клиническую проблему и считает, что она должна быть исследована, или ей необходимо найти результаты исследований по этой проблеме. Для того чтобы результаты научных исследований стали основой практической деятельности, медицинские сестры, особенно практикующие, должны принимать участие в исследованиях по меньшей мере на этом уровне.

Между этими крайностями существует великое многообразие функций, прямо или косвенно связанных с проведением сестринских исследований:

- участие в обсуждении результатов последних исследований;
- присутствие на научных докладах;
- проведение формальной оценки значимости и возможности использования результатов исследования в конкретных клинических условиях;
- участие в сборе информации;
- рассмотрение и оценка исследований, предлагаемых к проведению, с

точки зрения безопасности участников исследования, научной значимости и реальности проведения;

- предложение идей для проведения исследований;
- работа в комитетах по этическим вопросам.

Такой широкий спектр деятельности предполагает специальную подготовку в области научных исследований не только у медицинских сестер-исследователей, являющихся руководителями проектов, но и у членов исследовательской группы и рядовых практикующих медицинских сестер.

Кроме того, все, начиная с руководителя, возглавляющего исследовательский проект, и заканчивая человеком, который участвует в исследовании в качестве единицы наблюдения, должны подходить к проекту как к единому целому. Для этого необходимо понимание сущности исследования и активное участие в нем медицинских сестер всех уровней подготовки и с разным практическим опытом.

Поэтому практикующие медицинские сестры должны иметь базовую подготовку по методам научных исследований, а также навыки интерпретации и оценки результатов исследований для того, чтобы оценить возможность использования этих результатов на практике. Более того, все медицинские сестры должны быть подготовлены к работе в исследовательской команде. В этом случае в обязанности медицинской сестры может входить проведение тестов и повторное проведение исследования в клинических условиях.

Как отражение роста заинтересованности учреждений в сестринских научных исследованиях, для повышения профессиональной грамотности практикующих медицинских сестер, не прошедших исследовательской подготовки во время получения базового образования, во многих крупных больницах создаются должности для медицинских сестер — научных работников. Эти сотрудники занимаются проведением исследований и подготовкой работающих медицинских сестер к участию в исследовательских проектах, а также созданием программ развития и проведения сестринских исследований в конкретном учреждении.

Примеры некоторых тем исследований, выполненных в раз личных странах и опубликованных в профессиональных журналах, ежегодных обзорах сестринских научных исследований, материалах конференций и других открытых источниках.

1.3. Научный метод и его характеристики.

Научный метод— подход к познанию окружающего мира, включающий индуктивное и дедуктивное логическое мышление вместе с проверочными и балансирующими мероприятиями, направленными на предотвращение ошибок, характерных для любого метода познания, использующегося в одиночку. Другими словами, научный метод — это систематический подход к решению проблем и расширению научных знаний.

Научное исследование представляет собой практическое использование научного метода для изучения интересующего предмета и может быть определено как систематическое изучение, берущее свое начало в объективной реальности и направленное на развитие общего знания о природных феноменах.

Сестринские научные исследования — систематический процесс изучения клинической или управленческой проблемы, который проводится медицинскими сестрами, пытающимися получить новую информацию для улучшения помощи пациентам и/или разрешения проблемных ситуаций.

Научные исследования можно также рассматривать как путь к пониманию, оценке и анализу работы медицинских сестер. Согласно такому определению, научные исследования важны и потому, что они позволяют расширить знания и стимулируют критическое осмысление практики. Изучение сестринского дела позволяет сестринскому персоналу анализировать и критически оценивать сложившуюся практику, а также уточнять эффективность и полезность новых или предлагаемых вариантов организации сестринской практики.

Научные исследования можно также охарактеризовать как системный подход к постановке вопросов, системный метод проведения поиска. Научные исследования, ориентированные на получение надежных данных, которые смогут дополнить накопленный объем знаний, должны проводиться обстоятельным и логическим образом. В частности, исследователям необходимо определенным образом продемонстрировать, что они рассмотрели и/или исключили вероятность альтернативных трактовок полученных ими результатов.

Характеристиками научного метода являются систематичность, контроль, эмпиричность доказательств, возможность обобщений и критичность.

Систематичность (упорядоченность). Исследователь упорядоченно продвигается от определения проблемы через организацию исследования, сбор и анализ информации к решению данной проблемы. Под термином «систематический» понимается то, что исследователь логически проходит ряд шагов, построенных согласно плану исследования.

Контроль заключается в создании таких условий, когда влияние нежелательных факторов на исследование сводится к минимуму. Явления, изучаемые медицинскими сестрами, представляют собой комплексные феномены, формирующиеся в результате воздействия множества различных факторов. Пытаясь выявить связь между явлениями, исследователи стараются контролировать факторы, не являющиеся предметом исследования, но могущие повлиять на конечные результаты.

Эмпирическая природа доказательств. Научные исследования используют практические (эмпирические) доказательства, берущие свои корни в объективной реальности и собранные прямо или косвенно при помощи органов чувств человека. Это требование научного подхода подтверждает то, что находки научного исследования основаны на реальности, а не на личных убеждениях исследователя. Эмпирическое исследование подходит к исследуемой ситуации с объективной точки зрения, потому что предположения подвергаются проверке в реальном мире.

Возможность обобщений (генерализация). Одной из основных задач науки является понимание сущности феномена. Здесь важно не столько понимание отдельно взятых событий и явлений, а обобщенный подход к явлениям и взаимосвязям между ними. Способность выйти за пределы отдельно взятой ситуации или явления и сделать обобщающие выводы является одной из неотъемлемых характеристик научного подхода,

Именно точность отражения состояния феномена в большей или отличающейся от исследуемой группы людей (возможность генерализации) и является критерием качества проведенного исследования.

Предсказание и контроль. При современном уровне развития теоретической базы научных знаний множество проблем получили полное определение и объяснение. Однако в некоторых случаях исследования позволяют предсказывать и контролировать появление и развитие некоторых феноменов даже при отсутствии полного понимания их природы.

Несмотря на то, что научный метод является наивысшим достижением в познании, нельзя сказать, что научные исследования могут разрешить все человеческие проблемы, или научный метод является абсолютно безошибочным. Существуют некоторые ограничения, о которых должен помнить любой исследователь.

Общие ограничения. Это ограничения самого исследования и инструментов, используемых в ходе работы с информацией. Здесь важно, как сформулирован вопрос исследования, насколько хорошо разработана методика сбора и обработки данных. Кроме того, большое значение имеет масштабность исследования. Крупные исследования обычно требуют значительных материальных, финансовых и временных затрат. Это не означает, что небольшие исследования проводить бессмысленно, но подтверждает: единственное исследование не может с абсолютной уверенностью ни подтвердить, ни опровергнуть выдвинутые предположения. Каждое исследование добавляет новые данные к накопленным научным знаниям. Более того, для подтверждения или опровержения выдвинутого исследователем предположения необходимы веские доказательства, которые могут быть получены при проведении повторных исследований, направленных на изучение данной проблемы.

Морально-этические ограничения. Морально-этические нормы, существующие в обществе, создают ограничения для проведения научных исследований по двум направлениям. С одной стороны, они определяют уровень сделанного во имя науки с учетом прав человека. С другой стороны, морально-этические нормы определяют спектр проблем, решение которых может быть найдено при помощи научного метода. Исследовательские вопросы, нацеленные на этические или ценностные проблемы, не могут быть проверены на практике. Большое количество вопросов относительно человеческих проблем, нуждающихся в изучении, попадают в разряд этических или моральных. Например, проблема эвтаназии. Ни одно научное исследование не в состоянии определить правомерность применения эвтаназии. Поэтому из-за того, что изучение многих проблем сестринского дела и здравоохранения в целом с помощью научного метода невозможно с моральной и этической точек зрения, сестринское дело не может пользоваться исключительно научно подтвержденной информацией.

Сложность познания человека. Одно из главных ограничений научного метода связано с необыкновенной сложностью главного объекта сестринских исследований — человека. Связанные с этим сложности клинических, биофизиологических исследований значительно меньше, чем сложности исследований, направленных на изучение человеческого поведения или личностных ценностей. Биологические и физиологические функции

человеческого организма значительно более постоянны в своих проявлениях и меньше зависят от воздействия внешних факторов, чем психологические. Поэтому практически невозможно достичь того же уровня организованности и дисциплины при проведении исследований, направленных на изучение человеческого поведения и мышления, как при изучении биологических или физиологических феноменов.

Сложности измерения изучаемых параметров. Еще одним ограничением научного метода, тесно связанным со сложностью человеческой натуры, является проблема измерения изучаемых параметров. Чтобы изучить феномен, необходимо его наблюдать и/или измерять. И хотя существуют достаточно точные методы измерения таких физиологических феноменов, как артериальное давление, температура, сердечная деятельность, для многих психологических феноменов методы измерения разработаны пока недостаточно. Сложности, связанные с измерением психологических феноменов, часто заводят исследование в тупик.

Сложности контроля. Так как ученые соглашаются с принципом многофакторной инициации явления, и все возможные причинные факторы не могут быть изучены в ходе одного исследования, ученые часто пытаются контролировать факторы, не являющиеся предметом конкретного исследования. Однако достичь необходимого уровня контроля иногда бывает чрезвычайно сложно. Иногда при изучении очень сложного феномена трудно даже определить сопутствующие причинные факторы, а не только контролировать их. Контроль воздействия сопутствующих факторов особенно сложен при изучении поведения людей в их естественном окружении.

1.4. Виды научных исследований в сестринском деле.

Существуют различные подходы к классификации исследований в сестринском деле. Наиболее часто встречающиеся классификации приведены ниже, чтобы любой начинающий или опытный исследователь, медицинский работник, выступающий в качестве потребителя результатов сестринских исследований, мог легко определить вид проведенного исследования, его практическую значимость и возможность применения полученных результатов на практике.

По степени теоретизированности исследования и близости к практике его результатов все научные сестринские исследования могут быть разделены на фундаментальные и прикладные.

Фундаментальные исследования часто называют теоретическими исследованиями. Их главной задачей является решение проблем, которые способствуют расширению базы научных знаний.

Фундаментальные (теоретические) исследования проводятся не для разрешения конкретных клинических проблем, а для увеличения объема научно обоснованного профессионального знания. Поэтому результаты фундаментальных исследований не сразу внедряются в практическую деятельность, они служат основой для развития теоретической базы профессии.

Прикладные (практические) исследования в отличие от фундаментальных научных исследований проводятся для разрешения конкретной проблемы, существующей и актуальной в данный период времени. Результаты прикладных

исследований немедленно используются для усовершенствования практической деятельности. Главным в прикладном исследовании является не теоретическое, а практическое значение полученных результатов.

Часто научные исследования в сестринском деле сложно отнести только к одной категории и считать какое-либо исследование сугубо теоретическим или сугубо прикладным (практическим), так как между этими двумя крайними категориями существует широкий спектр промежуточных типов.

С учетом используемых методов сбора, уровня (степени) контроля внешних переменных и анализа полученных данных научные исследования можно также разделить на количественные (статистические) и качественные исследования.

Количественное исследование — это научное исследование, заключающееся в систематическом сборе цифровых данных в условиях значительного контроля со стороны исследователя и анализе этой информации при помощи определенных статистических процедур. Из-за этого количественные исследования иногда рассматриваются как «жестко научные».

Основной характеристикой количественного исследования является объективность, а четко определенные этапы исследования направлены на включение фактора субъективности и контроль за научным процессом во избежание предвзятости. При этом усилия сосредоточены на выделении изучаемого явления или переменных величин путем контроля воздействующих факторов. Предполагается, что, контролируя внешние воздействия, исследователь может определить влияние одной переменной на другую. В случае проведения достаточной проверки полученных данных результаты исследования могут трактоваться как универсальные и использоваться в других ситуациях. Для исследования, основой которого является количественный подход, характерны:

- концентрация на относительно небольшом количестве изучаемых понятий;
- наличие предварительных предположений о взаимосвязи этих понятий;
- использование структурированных процедур и формальных инструментов для сбора информации;
- контроль сбора информации;
- акцент на объективности при сборе и анализе информации;
- анализ цифровой информации при помощи статистических методов.

Качественное исследование — это научное исследование, в процессе которого проводится систематический сбор и анализ субъективных, повествовательных данных в условиях минимального контролирующего воздействия со стороны исследователя.

Исследователи, применяющие качественный подход к проведению научного исследования, стремятся понять природу и значение человеческого опыта. По этой причине они не пытаются исключить возможность субъективности, скорее наоборот, стараются использовать ее в своей работе.

Некоторые сторонники количественных исследований считают качественные исследования научно необоснованными, необъективными или даже анекдотичными и утверждают, что последние не способны обеспечить

получение реальных знаний. С другой стороны, сторонники качественных исследований считают, что при количественных исследованиях выполняется задача поиска упрощенных представлений о сложных вопросах, не удовлетворяется требование к анализу контекста и недостаточно полно учитывается влияние исследователя на процесс и результаты научных исследований.

В целом можно констатировать, что врачи преимущественно занимаются количественными исследованиями, тогда как медицинские сестры в своей работе отдают предпочтение сочетанию количественных и качественных методов исследований. Многие медицинские сестры-исследователи выступают в защиту научных исследований с использованием одновременно нескольких методов (иногда именуемых триангуляцией), сочетающих количественные и качественные элементы. Некоторые различия между качественными и количественными исследованиями представлены в табл. 1.

Таблица 1

Аспект исследования	Количественные исследования	Качественные исследования
Проблема и вопрос исследования	<ul style="list-style-type: none"> • проблема исследования четко определена; • вопрос исследования конкретный; • формулируется гипотеза о связи переменных 	<ul style="list-style-type: none"> • проблемная область обширна; • вопрос исследования общий; • гипотеза часто разрабатывается как конечный продукт исследования
Цели	<ul style="list-style-type: none"> • составлять прогнозы и выводить законы; • получать данные, которые можно обобщать применительно к другим ситуациям 	<ul style="list-style-type: none"> • изучать явления и взаимосвязи; • прояснять, описывать явления и выводить теории, которые могут быть актуальными в условиях практической деятельности
Контакт исследователя и единицы наблюдения	Минимальный контакт исследователя и людей - единиц наблюдения	Продолжительный контакт исследователя и единицы наблюдения
Объективность	Акцент на объективность информации	Выраженная субъективность в выборе какие задавать вопросы, как и за кем наблюдать и т.д.
Количество единиц наблюдения	Изучение максимально возможного числа единиц наблюдения является неотъемлемым достоинством	Достоинством является максимально подробное и глубокое изучение немногочисленных единиц наблюдения
Виды данных	Виды собираемых данных ограничены заранее predetermined переменными	Собираются различные виды данных, имеющие отношение к предмету исследования
Методы обработки данных	Статистические	Нестатистические
Инструменты наблюдения и особенности сбора данных	Для сбора информации используются строго определенные, заранее разработанные инструменты. Заранее определенный тип данных не анализируется до конца сбора информации	Свободный сбор данных. Метод сбора часто меняется в зависимости от того, какая информация получена ранее. Сбор и анализ информации часто проводится одновременно

Возможность генерализации результатов	Задачи исследования включают распространение результатов исследования на генеральную совокупность	Распространение результатов на генеральную совокупность невозможно, хотя значимость и глубина исследования феномена могут быть повышены за счет проведения множественных исследований в различных условиях
Связь с имеющейся литературной базой	Обширный обзор литературы на этапе теоретической подготовки исследования	Минимальное количество или полное отсутствие литературы по теме исследования до этапа интерпретации результатов

Анализ этих данных позволяет утверждать, что количественные исследования начинаются с идеи (гипотезы), затем при помощи измерений собираются данные и путем дедукции делается вывод. Качественные исследования начинаются с намерения изучить определенную область. Путем наблюдений, бесед накапливаются необходимые данные, что приводит к идеям и гипотезам на основе этих данных при помощи индуктивных заключений.

Вследствие того, что сильные стороны одного метода компенсируют недостатки другого, для создания научной базы сестринского дела проведение количественных и качественных исследований должно быть не альтернативой, а дополнением друг другу.

1.5. Процесс исследований, характеристика основных этапов

Процесс сестринского исследования состоит из взаимодействующих друг с другом этапов, которые предпринимаются с целью не пользования научными методами и решений проблем сестринского дела. Это специально адаптированное и потому несколько измененное использование научных методов для специализированных нужд сестринской профессии.

Подготовка к проведению исследования (этапы 1-3)

Этап 1. Конкретизации и формулирование проблемы, целей и задач исследования.

Для эффективности и результативности исследовательского процесса необходимо, чтобы тема и проблема исследования были интересны для исследователя, актуальны и значимы для конкретной профессии. При конкретизации и формулировании проблемы исследователь двигается от общих положений и подходов в интересующей области к формулированию конкретной проблемы, поддающейся практическому изучению.

При разработке проблемы исследователь обязан обращать внимание на ее значимость для теории или практики сестринского дела, методологические аспекты ее изучения (каким образом следует не следовать эту проблему), практические вопросы (наличие необходимых для проведения исследования ресурсов) и этические стороны проблемы (возможно ли изучение проблемы/проведение исследования с этической точки зрения).

Формулировка цели исследования позволяет исследователю более четко представить себе конечный результат исследования; постановка задач облегчает

процесс достижения целей исследования, так как задачи являются описанием конкретных действий, последовательно ведущих к получению намеченного результата.

Этап 2. Изучите научной литературы по проблеме исследования и разработка теоретической основы для его проведения.

Для использования результатов исследования необходимо, чтобы исследование одновременно было основано на уже накопленных научных знаниях и стимулировало бы проведение дальнейших исследований, не повторяя ранее проведенные. Знакомство с проведенными ранее исследованиями также помогает в поисках проблемы, которая может стать основой исследования, или в определении тех аспектов проблемы, которые наименее изучены и нуждаются в дальнейшем изучении. Поэтому обзор литературы иногда может предшествовать этапу очерчивания и формулировки проблемы.

Разработка теоретической основы исследования означает создание абстрактного обобщения (в виде модели, схемы, основных положений и т.д.), позволяющего описать изучаемый феномен и дать ему систематическое объяснение.

Этап 3. Формулирование гипотезы

Гипотеза — построенное исследователем предположение о взаимосвязи исследуемых переменных. Иными словами, гипотеза — описание желаемого результата, являющееся основной идеей исследования. Если в формулировке проблемы представлены феномены, подлежащие изучению, то гипотеза предполагает, каким образом эти феномены будут взаимосвязаны.

Формулирование проблемы проводится для того, чтобы придать направление запланированному исследованию; гипотеза же представляет собой более четко очерченный фокус сбора и анализа данных и интерпретации результатов. Если по результатам исследования гипотеза не подтверждается, она не корректируется, а полученные данные и основанная на них новая гипотеза (теория) могут быть помещены в выводы.

Выбор модели исследования и планирование (этапы 4-9)

Этап 4. Разработка программы (дизайна) исследования

Программа (дизайн) исследования — это общий план получения ответов на поставленные в исследовании вопросы и решения проблем, которые могут возникнуть в ходе исследовательского процесса. Программа определяет, какой из исследовательских подходов нужно использовать, какие контролирующие меры следует предпринять для повышения надежности результатов.

Этап 5. Определение исследуемой генеральной совокупности (популяции) и формирование выборочной совокупности

Термин «генеральная совокупность» (или «популяция») означает общее число всех объектов, отвечающих установленному исследователем набору критериев. Необходимость определения размера генеральной совокупности является следствием потребности в четком определении группы, на которую распространятся результаты исследования.

Так как изучение генеральной совокупности целиком возможно в исключительных случаях, исследование обычно проводится на небольшой

части популяции — выборочной совокупности (выборке). Это дешевле и практичнее, чем сбор данных с генеральной совокупности. Сложность в том, что выборочная совокупность может не совсем точно отражать все количественные и качественные характеристики генеральной совокупности. Тип и способы выборки напрямую зависят от целей исследования.

Критерием адекватности методов формирования выборочной совокупности, представляющей в конкретном исследовании генеральную совокупность, является репрезентативность выборочной совокупности, т.е. качественное и количественное соответствие характеристик выборочной совокупности таковым в генеральной совокупности. Таким образом, качество выборочной совокупности зависит от того, насколько она типична по отношению к генеральной совокупности с учетом исследуемых переменных.

Этап 6. Определение методов сбора данных

Чтобы найти верное решение проблемы исследования, необходимо разработать максимально точный метод измерения или наблюдения исследуемых переменных. В большинстве ситуаций сначала необходимо четко определить переменные и их суть, т.е. разработать операциональные определения. Далее исследователю необходимо найти или разработать методы измерения этих переменных, т.е. метод сбора данных. Существуют различные методы сбора данных:

- измерение биофизиологических параметров;
- получение вербальной информации от респондентов;
- различные техники наблюдения и др.

Методы сбора информации определяют тип информации, которая может быть получена от участников исследования. Качественные методы обычно менее жесткие и структурированные, что дает участникам исследования большую свободу самовыражения и естественного поведения. Количественные методы имеют более жесткую структуру и контроль над участниками исследования. Поэтому в количественных исследованиях обычно используются формальные инструменты сбора данных, позволяющие получить от всех участников исследования один и тот же вид информации.

Этап 7. Завершение и утверждение плана исследования

Обычно до реализации плана исследователи обсуждают его с коллегами, научным руководителем и/или группой специалистов-исследователей. Для получения официального окончательного разрешения на проведение исследования его план представляется в виде официальной заявки или аннотации на исследование. При наличии комитета по биоэтике (комитеты, комиссии по вопросам этики в области охраны здоровья граждан) на базе проведения исследования желательно получить одобрение дизайна (программы) исследования и в этой инстанции. В США и некоторых других странах это правило закреплено законодательно и обязательно при проведении исследований, в которых задействованы люди.

Этап 8. Проведение пилотного исследования и внесение корректив в план исследования

В связи с возникающими непредвиденными проблемами в ходе реализации исследования, которые могут повлиять на результаты исследования, проводится пилотное исследование, являющееся краткой или пробной версией

разработанного исследования. Проведение пилотного исследования позволяет выявить и устранить недоработки на том или ином этапе исследования. Обычно главной задачей пилотного исследования является оценка адекватности разработанного плана сбора данных.

Этап 9. Сбор данных

Для уменьшения вероятности ошибок и недоразумений сбор данных производится согласно предварительно разработанному плану, который четко определяет все процедуры сбора данных, представления исследования участникам, получения их согласия на участие и в случае необходимости подготовку людей, проводящих сбор данных. На этом этапе основными видами деятельности являются административно-управленческая и организационная работа.

Анализ и распространение полученных результатов (этапы 10-13)

Этап 10. Подготовка собранных данных для анализа

Необработанные данные не позволяют получить ответ на исследуемый вопрос. На этом этапе необходимо выявить ошибки заполнения анкет и опросников, провести кодирование данных, т.е. перевод словесной информации в категориальную или цифровую. На этом же этапе проводится оцифровка задокументированных данных для проведения анализа информации различными методами.

Этап 11. Анализ и интерпретация полученных результатов

Как правило, объем собранных данных чрезмерно велик, поэтому необходимо провести их обработку и проанализировать. Выделяют два вида анализа данных:

- качественный, включающий в себя интеграцию и синтез повествовательной, нецифровой информации;
- количественный, включающий в себя широкий спектр статистических методов и процедур.

Несмотря на то, что основной задачей анализа данных является проверка разработанной гипотезы исследования и поиск ответов на вопросы исследования, на этом этапе возникают аналитические подзадачи, включающие оценку качества данных, репрезентативности выборочной совокупности, проверку правильности проведения вмешательства, а также вспомогательные аналитические процедуры, облегчающие интерпретацию результатов.

Под интерпретацией понимают процесс осмысления и определения значения полученных результатов в более широком контексте. Процесс интерпретации начинается с попытки объяснения полученных результатов.

Если результаты подтверждают гипотезу исследования, то объяснение результатов незатруднительно, так как результаты не противоречат ранее полученным доказательствам. Если же гипотеза в ходе анализа информации была опровергнута, то исследователь должен найти какие-то объяснения этому. Для этого исследователю необходимо не только знакомство с научной литературой и теоретическими выкладками по проблеме исследования, но и понимание методологических недостатков исследования.

Этап 12. Сообщение о результатах исследования

Использование результатов исследования крайне ограничено, пока они не доведены до сведения других специалистов. Поэтому следующей и часто

последней задачей исследователя является подготовка исследовательского отчета, который послужит источником информации об исследовании для не принимавших в нем участия. Отчет по проведенному исследованию может быть представлен как курсовая, дипломная работа, кандидатская или докторская диссертация, журнальная статья, тезисы доклада на профессиональной конференции, книга и т. д.

Журнальные статьи, представляющие собой краткие отчеты по проведенным исследованиям, публикуемым в профессиональных периодических изданиях, являются наиболее эффективным методом распространения информации о результатах исследования, поскольку доступны широкому кругу читателей.

Этап 13. Внедрение результатов исследования

В идеале заключительным этапом высококачественного научного исследования является планирование использования результатов этого исследования в реальных условиях. И хотя в обязанности медицинских сестер-исследователей не входит разработка плана внедрения результатов исследования, подготовка практических рекомендаций и включение их в исследовательский отчет может значительно повысить эффективность процесса использования результатов исследования в практической деятельности и поиска спонсирующей организации.

1.6. Выбор темы и определение проблемы исследования

Процесс выбора темы (области) исследования приведет к лучшим результатам, если его первым этапом будет определение и общий анализ всех областей сестринского дела, интересующих исследователя, вне зависимости от обширности той или иной области. Записанные темы следует рассортировать: насколько та или иная тема интересна для исследователя, насколько исследователь знаком с каждой из выбранных областей, насколько необходимо и полезно будет исследование в конкретной области, и предположительно отобрать несколько наиболее интересных и важных, по мнению исследователя.

Для формулирования темы, изучение которой реально выполнимо, будет полезным задать и попытаться найти ответы на некоторые «фокусирующие» вопросы.

- Что является причиной ... ?
- Почему... ?
- Когда...?
- Какие факторы способствуют ... ?
- Что влияет на ... ?
- Каковы предрасполагающие условия для ... ?
- Какие характеристики связаны с ... ?
- Каковы последствия ... ?
- Какова связь между ... ?
- Насколько эффективно ... ?
- Каковы различия между ... ?

На этом этапе важно не отказываться от выбранных тем даже если ответ на поставленный вопрос кажется очевидным и общеизвестным или уже есть результаты исследования по этой теме, потому что уникальные во всех

отношениях исследования крайне редки, а два исследования по одной теме никогда не бывают абсолютно идентичными. Таким образом, любое исследование является потенциально полезным для развития научных знаний.

Проблема исследования — крупное обобщенное множество сформулированных научных вопросов, которые охватывают область будущих исследований. Под проблемой исследования можно также понимать вопросы, представляющие определенный интерес для исследователя, где существует пробел в базе знаний, необходимых для сестринской практики. Различают следующие виды проблем:

- исследовательская — комплекс родственных тем исследования в рамках одной научной дисциплины и одной области применения;
- научная — совокупность тем, охватывающих всю научно-исследовательскую работу или ее часть; предполагает решение конкретной теоретической или опытной задачи, направленной на обеспечение дальнейшего научного или технического прогресса в данной отрасли;
- комплексная научная — взаимосвязь научно-исследовательских тем из различных областей науки, направленных на решение важнейших государственных задач.

Выбранные проблемы не должны быть излишне общими и сложными с конструктивной точки зрения, т.е. включать в себя более одной проблемы.

При определении центральной для конкретного исследования проблемы для начинающего исследователя основными сложностями могут стать:

- необходимость выбора одной проблемы из огромного перечня;
- недостаточная информированность исследователя в той или иной проблемной области в общем и по исследованиям, проведенным по этой проблеме в частности;
- недостаточные знания о процессе исследования и неспособность адекватно оценить, исследование какого уровня сложности он/она могут провести.

Помочь в выборе проблемы исследования могут:

- профессиональный опыт, здесь на выбор влияют интерес будущего исследователя к изучаемой проблеме и ее значимость для сестринского дела как для профессии;
- профессиональная литература;
- существующие теоретические концепции сестринского дела и родственных дисциплин, в этом случае может заинтересовать возможность использования разработанных теорий в разных областях практической деятельности;
- внешние источники: специалисты, предлагающие к изучению уже сформулированную проблему, обсуждение с коллегами, руководителями, экспертами в той или иной области, профессиональные конференции.

Для принятия окончательного решения о том, какая из отобранных проблем станет основной для будущего исследования, четких правил пока не разработано. Однако известны критерии, о которых необходимо помнить при принятии окончательного решения:

- значимость проблемы для сестринского дела (потенциальная польза для пациентов, медицинских сестер и/или сестринского дела в целом от

проведения исследования);

- возможность изучения проблемы с этической и юридической точек зрения;
- выполнимость исследования в конкретных условиях;
- наличие интереса со стороны исследователя.

Четкая формулировка проблемы должна служить руководством при разработке исследования. Поэтому в формулировке проблемы необходимо представить основные изучаемые переменные, их возможную взаимосвязь, а также дать описание интересующей исследователя популяции. Выделяют следующие критерии для оценки сформулированной проблемы исследования:

- проблема сформулирована четко и однозначно в форме вопроса;
- в формулировке проблемы выражена взаимосвязь между двумя или более переменными;
- в формулировке проблемы определена изучаемая группа населения;
- формулировка проблемы подразумевает возможность эмпирического тестирования.

Мнения по поводу формулировки проблемы — вопросительная или декларативная форма — расходятся. Декларативная форма предполагает изложение проблемы с широким привлечением терминологии, сужает фокус в ходе проведения дискуссии и завершается декларативным заявлением, касающимся цели данного исследования.

Вопросительная форма обладает преимуществом простоты и прямоты изложения. Вопрос влечет за собой ответ и помогает фокусировать внимание исследователя и читателя на тех данных, которые необходимо собрать для получения ответа на вопрос.

Формулировка цели исследования — декларативная форма представления проблемы исследования в виде утвердительного предложения, начинающегося с фразы: «Целью настоящего исследования является...» и продолжающегося отглагольным существительным, которое будет определять дальнейшие действия исследователя (например, описание, изучение, выявление, подтверждение, демонстрация, сравнение) (табл. 2).

Таблица 5.2. Цели исследования

Вид исследования	Цели исследования
Предварительное (пилотное)	<ul style="list-style-type: none">• ознакомление с основными фактами, явлениями;• создание общей картины исследования;• формулировка вопросов для будущих исследований;• генерирование новых идей, гипотез;• определение реальности проведения исследования;• разработка методов для выполнения измерений и получения данных
Описательное	<ul style="list-style-type: none">• создание подробной и точной картины изучаемого явления;• выявление новых данных, противоречащих данным, полученным ранее;• прояснение последовательности этапов исследования;• создание отчета о явлении
Аналитическое	<ul style="list-style-type: none">• распространение теории на новые вопросы и темы;• определение наилучшего объяснения причин

Задачи исследования — составные части цели исследования. Для определения задач проводится декомпозиция цели, из нее выделяют действия, которые надо совершить, чтобы ее достичь. Каждая задача не может повторять цель и быть шире ее. В идеале сумма задач, их решение приводит исследователя к достижению намеченной цели.

1.7. Обзор литературы

Научное исследование никогда не проводится без учета контекста существующих научных знаний. Исследователи проводят изучение литературы, чтобы ознакомиться с уже накопленными знаниями по той или иной проблеме.

Термин «обзор литературы» имеет два значения: во-первых, это вид деятельности, в ходе которой ведется поиск информации по проблеме исследования, во-вторых, это раздел отчета по проведенному исследованию, где исследователь представляет важные и достоверные данные, относящиеся к проблеме исследования. Таким образом, цель обзора литературы:

- помочь в поиске и определении темы или проблемы исследования;
- сориентировать в том, что уже известно по проблеме исследования;
- выявить наличие пробелов, последовательных и непоследовательных взглядов в литературе о какой-то теме, понятии или проблеме;
- выбрать наиболее оптимальный вариант проведения исследования;
- показать взаимосвязь с другими исследованиями, перспективы использования результатов и проведения дальнейших исследований, а также общее представление о проблемной области.

При проведении сбора информации по проблеме исследования любому исследователю необходимо изучить:

- результаты исследований и статистические данные по проблеме исследования;
- существующие теоретические концепции и подходы к изучаемой проблеме;
- методы, используемые или использовавшиеся при проведении исследований по данной проблеме (методологию проведения исследования);
- различные мнения и точки зрения на проблему исследования и возможные варианты ее решения, публикуемые в профессиональной литературе;
- клинический опыт, представленный в профессиональных журналах.

Объем и широта обзора литературы не имеют официальных ограничений, однако следует помнить о таких критериях, как тип документа, для которого проводится изучение литературы (курсовая работа, дипломная работа, диссертация и т.д.), уровень знаний исследователя по изучаемой проблеме (у начинающего исследователя обзор литературы должен охватывать больше материала), изученность проблемной области. Главным критерием отбора для использования в обзоре литературы является достоверность и качество опубликованной информации.

Информация по проблеме исследования может быть получена непосредственно от исследователя, проводившего исследование и опубликовавшего отчет по его проведению в профессиональном журнале. Информация, полученная таким образом, считается информацией из

первичного источника. Первичные исследования, составляющие большинство публикаций в медицинских журналах, подразделяют на три категории:

- эксперименты, в которых проводят опыты на животных или добровольцах в искусственных и контролируемых условиях;
- клинические испытания, при которых вмешательство, например, лекарственная терапия, проводится на группе пациентов с последующим ее наблюдением;
- исследования, при которых что-либо измеряют в группе пациентов, работников здравоохранения или в других группах людей.

Вторичными источниками являются описания исследования или ссылки на его результаты, данные лицом, не проводившим это исследование. Они часто используются при подготовке библиографического обзора важных первичных источников. К вторичным исследованиям относят:

- обзоры, обобщающие результаты первичных исследований;
- клинические рекомендации, содержащие сформулированные выводы первичных исследований, касающиеся требований к действиям врачей;
- анализ принятия решений, определяющий вероятностные подходы к управлению здравоохранением или распределению ресурсов;
- экономический анализ, позволяющий делать выводы о целесообразности финансирования определенных вмешательств.

После того, как исследователь выявил потенциальные источники информации, необходимо определить, какие из них будут включены в обзор литературы. Для этого нужно уметь правильно читать опубликованные отчеты по проведенным исследованиям.

Стоит помнить о том, что не все печатные материалы, в которых приводятся результаты научных исследований, можно расценивать как высококачественные. Некоторые из них могут иметь грубые ошибки, которые ослабляют или сводят на нет заявления авторов. Вместе с тем, некоторые мелкие погрешности нередко бывают неизбежными, и они не уменьшают значимость исследования в целом.

После определения потенциальных источников информации необходимо изучить и оценить их соответствие теме исследования. Материалы, информация которых признана достоверной и относящейся к теме исследования, изучаются подробнее, с записью важных данных, замечаний и соображений, возникающих по ходу чтения. При необходимости изучаются первичные источники, упомянутые в отобранных материалах.

Когда все отобранные источники изучены, исследователь может приступить к организации, анализу и обобщению информации. Одним из способов более четкой организации полученных информационных данных является занесение информации в таблицы, в которые целесообразно включать такие параметры рассматриваемого исследования, как имя автора, цель исследования, количество единиц наблюдения, программа, методы измерения переменных, основные результаты. Подобная структурная организация позволяет исследователю быстро сориентироваться в большом объеме информации. Кроме этого, она облегчает анализ и обобщение полученных при изучении литературы данных.

Готовый обзор литературы не должен представлять собой набор цитат или кратких описаний исследований по проблеме. Главная задача обзора литературы — построение и обобщение информации с целью выделить проблемную область, контекст, в котором будет проводиться исследование, а также научные предпосылки к проведению исследования. Хорошим считается обзор литературы:

- подтверждающий необходимость данного исследования в свете того, что уже было сделано;
- включающий все или большую часть основных исследований, которые были проведены по интересующей теме;
- построенный таким образом, чтобы была видна четкая разработка идей исследования;
- определяющий области, нуждающиеся в дополнительном исследовании;
- содержащий конкретный вопрос исследования, чтобы установить, что уже известно о данной проблеме;
- констатирующий, имеет ли данное исследование отношение к конкретной теории;
- включающий всю относящуюся к теме литературу как теоретическую, так и основанную на объективных данных;
- основанный на конкретных данных, а не на мнении исследователя;
- четко определяющий необходимость исследования;
- четко определяющий существующие пробелы в знаниях;
- составленный в логической последовательности: от общей проблемы — к частной, конкретной проблеме.

1.8. Сестринская практика, основанная на доказательствах

На сегодняшний день сестринская практика, основанная на доказательствах,— это активно развивающееся направление в сестринском деле, цель которого — повышение эффективности и качества работы медицинских сестер. Данное направление может успешно сочетаться с другими современными принципами оказания сестринской помощи, такими как сестринский диагноз или сестринский процесс в целом.

Следует отметить, что доказательная сестринская практика своим появлением во многом обязана концепции доказательной медицины (ДМ), которая была предложена клиническими эпидемиологами из канадского университета Мак-Мастера¹. Авторы этой концепции предлагают врачам и другим специалистам проводить систематический поиск и анализ достоверных фактов в медицинской литературе и использовать полученную информацию для принятия решения об оказании медицинской помощи. Систематический поиск и анализ доказательной информации должен также служить основой для разработки протоколов (стандартов) введения больных. Но понимая, что нельзя видеть в этих протоколах готовые рецепты для ведения всех пациентов, авторы внесли изменения в определенные положения, касающиеся использования индивидуального опыта специалиста, учет ресурсов, потребностей и пожеланий пациента. Этим подчеркивается, что решение должно приниматься индивидуально в отношении каждого пациента.

Доказательная медицина — это новый подход, направление или технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации. Доказательная медицина предусматривает добросовестное, объяснимое и основанное на здравом смысле использование наилучших современных достижений для лечения каждого пациента. Основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения — оптимизация качества медицинской помощи с точки зрения безопасности, эффективности, стоимости и других значимых факторов.

Концепция доказательной медицины подразумевает также тщательный поиск и критическую оценку данных, полученных в ходе клинических исследований. Для этого недостаточно обладать профессиональными навыками и здравым смыслом, необходимо использовать также целый ряд специально разработанных правил.

В ходе развития концепции доказательной медицины были разработаны простые инструменты для быстрого поиска качественных публикаций по интересующей врача проблеме, предложены рекомендации о том, как правильно сформулировать вопрос, ответ на который может быть найден в публикациях результатов клинических исследований.

Появление доказательной медицины во многом стало ответом на растущее количество публикаций в биомедицинских журналах, при том, что качество этих публикаций существенно варьируется. Так, Центр доказательной медицины в Оксфорде разработал следующие определения степени достоверности представляемой информации.

А. Высокая достоверность — информация основана на результатах нескольких независимых клинических испытаний (КИ) с совпадением результатов, обобщенных в систематических обзорах.

В. Умеренная достоверность — информация основана на результатах по меньшей мере нескольких независимых, близких по целям КИ.

С. Ограниченная достоверность — информация основана на результатах одного КИ.

Д. Строгие научные доказательства отсутствуют (КИ не проводились), некое утверждение, основанное на мнении экспертов. Концепция доказательной медицины послужила толчком к появлению аналогичных направлений в других областях, где также необходимо ускорить процесс быстрого внедрения в практику результатов исследований и совершенствовать качество работы специалистов на основе научных фактов.

Основанная на доказательствах сестринская практика — это практика, в рамках которой для принятия решений используется интеграция индивидуального опыта с лучшими доступными внешними доказательствами, полученными в систематических исследованиях, и при этом учитываются потребности пациента. Это определение трактует доказательную сестринскую практику шире, нежели простое применение в практике результатов исследований.

Доказательная сестринская практика может быть представлена следующим алгоритмом действий:

- формулирование вопроса, на который может быть получен ответ в отношении проблемы и ситуации пациента;

- систематический поиск доказательств, полученных в научных исследованиях, которые могут быть использованы для ответа на поставленный вопрос;

- интеграция доказательств, полученных в исследованиях, с другой информацией, которая может повлиять на решение проблем пациента: клинический опыт медицинской сестры, предпочтения пациента в отношении альтернативных форм помощи, доступность ресурсов;

- принятие решения об оказании доказательной сестринской помощи;

- оценка результатов принятого решения.

Следует отметить, что в настоящее время количество статей, посвященных различным аспектам деятельности медицинских сестер, значительно уступает количеству публикаций по клиническим вопросам. Однако, начиная с первой четверти XX в., исследования по сестринскому делу проводятся в различных странах мира, и к текущему моменту они представляют значительный объем литературы, к которому вполне применимы технологии поиска, оценки степени надежности представленных доказательств, обобщения результатов, используемые в доказательной медицине.

На сегодняшний день есть обстоятельства, создающие трудности в развитии доказательной сестринской практики. Во-первых, медицинским сестрам зачастую не хватает знаний и умений, чтобы активно пользоваться информацией из медицинских источников, доступных в сети Интернет. Во-вторых, необходимо решение организационных вопросов, связанных с доступом медицинских сестер к электронным медицинским ресурсам. Целесообразно создание ресурс-центров по доказательной сестринской практике в различных регионах страны. В-третьих, необходимо преодолеть языковой барьер. Это требует создания ресурсов, постоянно публикующих результаты отдельных сестринских исследований и систематических обзоров на русском языке.

Эти трудности заставляют вспомнить, что развитие научно-обоснованного сестринского дела исторически шло по пути преодоления внешних барьеров. Например, Ф. Найтингейл боролась с британскими чиновниками за то, чтобы результаты деятельности врачей и медицинских сестер оценивались с помощью сбора и анализа статистической информации. Однако следует подчеркнуть, что в сестринском деле на современном этапе уже достигнуты значительные успехи на пути продвижения к цели организации профессиональной деятельности медицинских сестер на основе результатов научных исследований. Развитие доказательной сестринской практики будет продолжением движения по этому пути.

Выводы

1. Научные исследования в сестринском деле являются методом получения достоверных научных данных, позволяющих на их основе осуществлять и совершенствовать профессиональную деятельность сестринского персонала.

2. Участие в исследовании — это отличная возможность больше узнать про сами научные исследования и эффективнее использовать их результаты в практической деятельности. Медицинские сестры и студенты по-разному участвуют в сестринских исследованиях, формируя континуум,

отражающий степень их активного участия в проведении исследований. На одном конце этого континуума находятся лица, активно участвующие в разработке и проведении научных исследований. Это производители сестринских исследований. На противоположном конце континуума находятся лица, чье участие в исследовании является исключительно пассивным. Это потребители сестринских исследований, читающие отчеты исследований в основном для того, чтобы быть в курсе происходящего в области их практической деятельности.

3. Характеристиками научного метода являются систематичность, контроль, эмпиричность доказательств, возможность обобщений и критичность.

4. Задачами научных исследований являются: описание, изучение, объяснение, предсказание и контроль.

5. При проведении исследований в сестринском деле отдается предпочтение сочетанию количественных и качественных методов исследований. Сильная сторона количественных наблюдений заключается в их надежности (повторяемости). Сильная сторона качественных исследований заключается в достоверности (близости к истине). Качественное исследование действительно может прояснить суть происходящего, а не отражать лишь то, что лежит на поверхности.

5. Доказательная сестринская практика может быть представлена алгоритмом действий, который включает:

1) формулирование вопроса, на который может быть получен ответ в отношении проблемы пациента;

2) систематический поиск доказательств, которые могут быть использованы для ответа на поставленный вопрос;

3) интеграцию доказательств, полученных в исследованиях с другой информацией, которая может повлиять на решение проблем пациента;

4) принятие решения об оказании доказательной сестринской помощи;

5) оценку результатов принятого решения.

Материалы для самопроверки

Выбрать один или несколько ответов

1. Конечной целью исследований в сестринском деле является:

- а) систематический процесс изучения проблемы;
- б) повышение качества сестринской практики;
- в) повышение профессиональной грамотности медицинских сестер;
- г) признание общественной значимости сестринского дела.

2. Причины развития научных исследований в сестринском деле:

- а) улучшение образования медицинских сестер;
- б) повышения качества сестринской практики;
- в) необходимость получения новых знаний об организации ухода;
- г) снижение себестоимости сестринских услуг.

3. Медицинские сестры — потребители сестринских исследований в

отличие от медицинских сестер — производителей:

- а) разрабатывают и проводят научные исследования;
- б) участвуют в сборе информации;
- в) предлагают идеи для проведения исследований;
- г) используют результаты исследований в своей деятельности.

Закончить предложения

1. Количественное исследование — это научное исследование, заключающееся в...

2. Критерием адекватности методов формирования выборочной совокупности, представляющей в конкретном исследовании генеральную совокупность, является...

3. Процесс выбора темы исследования приведет к лучшим результатам, если...

4. Сестринская практика, основанная на доказательствах, — это...

Учебные задания

1. Определите основные направления для проведения сестринских исследований (не менее пяти) в конкретном учреждении здравоохранения. Обоснуйте их выбор.

2. Сформулируйте проблему, направленную на получение новой информации для улучшения сестринской практики или разрешения проблемных ситуаций в сестринском деле. Выдвиньте рабочую гипотезу. Поставьте перед собой цель исследования. Определите задачи данного исследования.

2. ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ

12 мая — Международный день медицинской сестры. Особенности работы медицинской сестры и сестринского ухода изучаются подробно в медицинских колледжах при подготовке специалистов среднего звена и на факультетах высшего сестринского образования медицинских вузов.

Впервые Этический кодекс медицинской сестры России был разработан по предложению Межрегиональной ассоциации медицинских сестер России при поддержке Американского агентства международного развития (USAID) и Ворлд Вижн Интернэшнл (World Vision International). Первая редакция Этического кодекса была принята в первом чтении III Всероссийской конференцией по сестринскому делу в июне 1996 г., рассмотрена Этическим комитетом России и одобрена Проблемной комиссией по сестринскому делу Управления учебными заведениями Министерства здравоохранения Российской Федерации в апреле 1997 г.

Развитие сестринской практики, медицинской науки и технологий, изменение общественных ценностей и взглядов на роль и место пациента в процессе оказания медицинской помощи вызвали необходимость пересмотра и дополнения отдельных положений Этического кодекса. По предложению Ассоциации медицинских сестер России была разработана новая редакция документа. Этический кодекс был представлен для обсуждения и рецензирования, одобрен Всероссийской конференцией Ассоциации медицинских сестер России в сентябре 2010 г. и принят Правлением Ассоциации.

Часть I. Общие положения

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Принимая и разделяя общечеловеческие и общемедицинские этические ценности, профессиональный корпус медицинских сестер декларирует уникальность своей профессии и вытекающий из нее особый характер этических взаимоотношений с коллегами и пациентами.

Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; сохранение здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и профилактика заболеваний. Под комплексным всесторонним уходом в настоящем Кодексе понимается комплекс медико-социальных вмешательств, производимых медицинской сестрой в составе мультидисциплинарной бригады, оказывающей помощь пациенту.

Комплексный уход направлен на достижение наилучших результатов медицинской помощи, в том числе наивысшего качества жизни пациента в конкретной ситуации, связанной со здоровьем, и включает в себя выполнение врачебных назначений; вмешательств, выполняемых медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи; мероприятий, проводимых совместно с другими участниками мультидисциплинарной бригады. Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности

медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Положения Кодекса распространяются на всех медицинских сестер, независимо от профиля деятельности, формы собственности учреждения здравоохранения, ведомственной принадлежности и иных факторов, в том числе на практикующих (частнопрактикующих) медицинских сестер, администраторов сестринского дела всех уровней, преподавателей сестринского дела и медицинских сестер-исследователей. Положения настоящего Кодекса должны рассматриваться во взаимосвязи с правовыми нормами, стандартами сестринской практики, клиническими рекомендациями и другими нормативными актами, регламентирующими сестринскую деятельность. При этом в вопросах этического регулирования исполнения профессиональных обязанностей настоящий Кодекс имеет высший приоритет. Профессиональное сообщество медицинских сестер несет ответственность за соблюдение положений настоящего Кодекса перед пациентами, их семьями, социальными группами, обществом в целом и своими коллегами.

Часть II. Медицинская сестра и пациент

Статья 1. Медицинская сестра и пациент. Положения настоящего Кодекса распространяются на все виды и формы клинических взаимоотношений, возникающих между медицинской сестрой и пациентом.

В зависимости от конкретной ситуации в роли пациента могут выступать больной или здоровый человек, семья и окружение пациента, социальная, профессиональная или иная группа людей, общество в целом.

Статья 2. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь. Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, наилучший уровень социальной адаптации и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности, профессиональным стандартам и современным представлениям медицинской науки. В клинической практике основой деятельности медицинской сестры являются принципы ухода, основанного на доказательствах. Действия медицинской сестры, выполняемые в рамках деятельности мультидисциплинарной бригады, должны быть нацелены на достижение наивысшего комплексного результата: на благо пациента во всех аспектах комплексной медицинской помощи, не ограничиваясь сугубо медицинскими аспектами. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Этическая обязанность медицинской сестры — оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь человеку, нуждающемуся в ней, в любых условиях, во время исполнения служебных обязанностей и в иное время.

Статья 3. Основное условие сестринской деятельности— профессиональная компетентность. Медицинская сестра должна всегда

соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые федеральным органом управления здравоохранением Российской Федерации и профессиональными медицинскими ассоциациями. Непрерывное совершенствование специальных компетенций, повышение своего культурного уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента. Поддержание уровня профессиональной, правовой и этической компетентностей — мера персональной ответственности каждой медицинской сестры. Достижение этой цели обеспечивается постоянным повышением уровня знаний. Если кто-то из коллег проявляет признаки некомпетентности, медицинская сестра должна предпринять все меры, чтобы защитить интересы своего пациента, в том числе указав коллеге на ошибки, предложив свою помощь или, при неэффективности предпринятых шагов, обратившись к помощи руководителей сестринских служб.

Статья 4. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав.

Медицинская сестра должна прежде всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Этическая система ценностей пациента, в ее холистическом понимании, — основа сестринской помощи вне зависимости от культурных, национальных, религиозных, философских или иных особенностей пациента. В случае противоречия системы мировоззрения пациента и этической концепции медицинской сестры в рамках сестринской помощи безусловный приоритет имеют мировоззрение и мироощущение пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинской науки. Никакая ситуация физических, нравственных или духовных страданий пациента там, где страдания можно было облегчить применением всех доступных методик и технологий, не может быть признана этической. В случаях, когда медицинская сестра видит страдания пациента, а ее знаний и компетенций недостаточно для оказания помощи пациенту, ее этический долг — незамедлительно обратиться за помощью к более компетентному коллеге. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого обращения с людьми.

Никакие политические, организационные, экономические или иные условия не могут оправдать действия медицинской сестры, участвующей в жестоком обращении с человеком. Любые вмешательства, причиняющие пациенту физические, нравственные или духовные страдания, которые можно было предотвратить, даже если они выполняются с согласия пациента, осуждаются и признаются неэтичными.

Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного. Любые действия или бездействие, в том числе предоставление или отказ в предоставлении информации, прямо или косвенно направленные на прерывание жизни пациента, признаются неэтичными. Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных международными правовыми актами и законодательно закрепленными в Российской Федерации.

Статья 5. Уважение человеческого достоинства пациента.

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную

помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. При этом решение пациента в отношении стратегии оказания медицинской помощи остается приоритетным даже в тех случаях, когда принятое решение противоречит мнению медицинских работников. Проявление высокомерия, патернализма, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. Решение пациента в отношении оказания ему медицинской помощи, основанное на личной системе этических ценностей, должно приниматься медицинской сестрой с уважением даже в том случае, если принятое решение противоречит ее личной системе ценностей или постулатам медицинской науки. Медицинская сестра должна активно вмешиваться в ситуации, когда личное достоинство пациента во взаимодействии с медицинскими или социальными системами подвергается унижению.

Медицинская сестра должна уважать конфиденциальность и скромность пациентов, поддерживая такие стандарты сестринской практики, которые минимизируют вторжение в личное пространство пациента. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам во всех случаях, включая оказание помощи в условиях военных действий и работу в очаге чрезвычайных ситуаций, медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 6. Прежде всего — не навреди. Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины: «Прежде всего — не навреди!»

Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту любой вред. Этический долг медицинской сестры — предпринять все возможные действия, включая обращение к административным органам для защиты своего пациента.

Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!» (академик РАМН В.Н. Виноградов, 1882-1964). Производя медицинские вмешательства, чреватые риском развития осложнений, болезненных или иных мучительных ощущений, медицинская сестра обязана подробно и честно информировать пациента о возможном риске, заручиться его согласием до начала вмешательства и предусмотреть все возможные меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 7. Медицинская сестра и право на информацию. Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Безусловная искренность в любых

вопросах, касающихся состояния здоровья пациента, — непременное условие эффективной сестринской помощи. Пациент должен быть осведомлен о своем праве задавать вопросы при оказании медицинской помощи и получать на них исчерпывающие и честные ответы. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — информировать пациента о его правах. Знание декларированных законом прав пациентов различных групп и помощь пациенту в их реализации — этический долг медицинской сестры. В случае если права пациента нарушены действиями коллег или третьих лиц, этично вынести вопрос о защите прав пациента на коллегиальное обсуждение, а если потребуется — на рассмотрение Этического комитета учреждения здравоохранения. Защита интересов пациента выше псевдоколлегиальности и ложной корпоративной этики. Сестра обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Решение пациента отказаться от получения информации не должно влиять на объем и качество предоставляемой сестринской помощи. Информация должна предоставляться на доступном для пациента языке, таким образом, чтобы пациент полностью и правильно понял ее. При необходимости пациент должен иметь право задавать любое количество уточняющих вопросов, необходимых ему для понимания предоставленной информации. Информация о состоянии здоровья дееспособного пациента может предоставляться его родственникам и близким только с согласия пациента. Порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента, проводимом лечении, результатах обследования и иных данных, в том числе объем предоставляемой информации, определяются коллегиально всеми членами мультидисциплинарной бригады, оказывающей помощь. Ложь неэтична всегда. Никакие условия, обстоятельства и соображения не могут оправдать обман пациента. Медицинская сестра не должна подменять своими представлениями о благе пациента его решения.

Статья 8. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него. Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя, когда она имеет дело с ребенком или пациентом, в соответствии с законом признанным недееспособным, соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него.

Медицинская сестра должна быть уверена* что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — в меру своей квалификации предоставлять пациенту честную и полную информацию о проводимом лечении, включая значение процедуры, ее ожидаемые результаты, ход, возможные осложнения и риски, последствия отказа от медицинской помощи. В случаях, когда пациенту предоставляется выбор между несколькими альтернативами лечения, долг медицинской сестры — предоставить объективную информацию о каждой возможности, ее особенностях и условиях получения. Если пациент нуждается в помощи при принятии решения, оказать ее надлежит таким образом, чтобы исключить любое влияние на конечный выбор. Медицинская сестра уважает выбор пациента даже в том случае, если он противоречит ее ожиданиям и

потенциально направлен против интересов пациента. Пациенту должна быть предоставлена исчерпывающая информация о последствиях и рисках сделанного им выбора, после чего, если сложившаяся ситуация не подпадает под установленные законом исключения, решение пациента определяет тактику дальнейшей сестринской помощи. Пациент должен быть информирован о возможности изменить свое решение на любом этапе лечебного процесса. В случаях, когда решение пациента противоречит мнению родственников и близких, медицинская сестра должна помочь им с уважением принять решение пациента. Отказ пациента от того или иного вмешательства, равно как и от лечения в целом, не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или согласия законного представителя недееспособного пациента) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 9. Обязанность хранить профессиональную тайну. Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента даже после того, как пациент умрет. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим помощь пациенту, а также должностным лицам, право которых на получение информации установлено законом, предполагает наличие его согласия. В любом случае информация должна предоставляться таким образом, чтобы свести к минимуму потенциальный вред для пациента. Использование фото- и видеосъемки возможно только в научных и образовательных целях и только с согласия пациента.

Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальной информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны. Этическая обязанность медсестры — активно вмешиваться в ситуацию, когда кто-либо, помимо медицинских работников, непосредственно участвующих в лечении, получает, использует и распространяет конфиденциальную информацию относительно пациентов.

Статья 10. Медицинская сестра и умирающий больной. Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Никто и никогда не должен умирать в одиночестве, испытывая страдания без профессиональной сестринской поддержки там, где эта поддержка могла быть оказана.

Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему человеку возможность завершить жизнь с сохранением достоинства, а также максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры — предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки.

Объем и характер сестринской помощи умирающему пациенту должны определяться с учетом культурных, национальных, религиозных и иных особенностей пациента. В случае, если процесс подготовки к смерти требует помощи присутствия представителя религиозной концессии, исполнения религиозных обрядов или иных немедицинских условий, такая помощь должна быть безусловно предоставлена. Эвтаназия, то есть преднамеренные действия или бездействие медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима. Медицинская сестра должна уважительно относиться к умершему пациенту.

При осуществлении посмертного ухода за телом умершего пациента следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать законодательно закрепленные в Российской Федерации права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

Статья 11. Работа медицинских сестер в условиях чрезвычайной ситуации. Медицинская сестра, вне зависимости от занимаемой должности, должна обладать необходимой компетенцией для оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций. Поддержание уровня необходимых для этого знаний, в том числе знаний по оказанию неотложной помощи при жизнеугрожающих ситуациях, — профессиональный и этический долг каждой медицинской сестры.

Оказание помощи в очаге чрезвычайной ситуации должно проводиться в максимально возможном объеме. Помощь пациентам в условиях ограниченных ресурсов должна распределяться исключительно на основании медицинских показаний; вне зависимости от пола, национальности, политических взглядов или любых иных особенностей пациента.

Статья 12. Медицинская сестра как участник научных исследований. Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в преумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта исследования медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда превыше интересов науки и общества. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами).

Статья 13. Медицинская сестра и процесс обучения. Этический долг медицинской сестры — сохранение и преумножение традиций профессии и

преемственности поколений. Участие в процессе обучения студентов-медиков там, где это предусмотрено, — неотъемлемая часть сестринской практики. Медицинская сестра должна искренне стремиться передать весь накопленный опыт будущим коллегам, давая честную и объективную оценку уровню их подготовки, поощряя активность и практическую деятельность учеников, но сохраняя контроль за их действиями и разделяя ответственность за совершенные ими ошибки. Отказ сестры от передачи опыта неэтичен. Отношение медицинской сестры к студентам должно быть уважительным, предельно честным и доброжелательным вне зависимости от разницы в возрасте и уровня подготовки. Процесс обучения и профессиональные взаимоотношения должны базироваться на этических принципах настоящего Кодекса. Привлечение пациента к участию в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением его прав, гарантий максимальной безопасности и только при условии добровольного согласия пациента или его законных представителей. Пациент должен быть поставлен в известность, что с ним будет работать медицинский работник, не завершивший процесс обучения, и имеет право отказаться от помощи такого работника.

Часть III. Медицинская сестра и ее профессия

Статья 14. Уважение к своей профессии. Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены — неотъемлемые качества профессионального поведения медицинской сестры. Уважение к профессии поддерживается поведением сестры в любой ситуации, как во время работы, так и вне ее, культурой поведения и отношений с коллегами, пациентами и другими гражданами. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Медицинская сестра несет личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Использование устаревших методов и технологий ухода там, где могли быть использованы более совершенные технологии, неэтично. Недостаточный уровень знаний не может служить смягчающим фактором при оказании сестринской помощи низкого качества. Медицинская сестра не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. В случаях, когда реализация плана ухода требует знаний или навыков, которыми не обладает медицинская сестра, следует честно признать недостаток компетентности и обратиться за помощью к более квалифицированным специалистам. Право и долг медицинской сестры — отстаивать моральную, экономическую и профессиональную независимость лично или через участие в профессиональных объединениях и ассоциациях. Активная деятельность в профессиональных ассоциациях служит развитию профессии и этически одобряется.

Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения. Медицинская сестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, которая не

противоречит справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой.

Статья 15. Медицинская сестра и коллеги. Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт, их вклад в лечебный процесс. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса и процесса ухода, включая добровольных помощников. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии — оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно.

Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны. Однако в случаях, когда пациенту даны заведомо необоснованные рекомендации в области сестринского ухода, позволительно тактично и коллегиально указать на допущенную неточность. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — помогать пациенту выполнять программу лечения, назначенную врачом, а также реализовывать компоненты сестринского ухода, назначенные врачом, специализированными сестрами и консультантами. Медицинская сестра должна точно и квалифицированно производить назначенные врачом и специализированными сестрами медицинские процедуры.

Высокий профессионализм медицинской сестры — важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры, с одной стороны, и врача, других сестер, пациентов, их близких и других участников сестринского процесса — с другой.

Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой. Также недопустимы нарушения профессионального этикета в отношениях с другими сестрами и пациентами.

Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача или сестры-консультанта, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого — с вышестоящим руководством. В случаях, когда назначение, вызывающее сомнение, дано в рамках неотложной помощи, оно должно быть выполнено и только после купирования неотложного состояния подвергнуто обсуждению.

Статья 16. Этическая ответственность руководителей сестринских служб. Медицинские сестры-руководители сестринских служб несут персональную ответственность за качество сестринской помощи, оказываемой их подчиненными, уровень их подготовки, а также уровень благосостояния и степень социальной защищенности подчиненных им сестринских коллективов. Работая в содружестве с руководителями лечебных учреждений, специалистами других подразделений, региональными отделениями профессиональной ассоциации, руководителями и представителями вышестоящих инстанций, медицинские сестры-руководители должны обеспечить наивысший уровень подготовки и социальной защищенности подчиненных. Пренебрежение

интересами подведомственных коллективов неэтично и осуждаемо.

Статья 17. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика. Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества.

К ситуациям, требующим активного вмешательства медицинской сестры, могут быть отнесены попытки медицинских назначений с корыстной целью, обман больного, использование сомнительных, не имеющих доказательной базы, средств и методов, подмена лечения средствами альтернативной помощи и иные ситуации, противоречащие канонам медицинской науки и медицинской этики. Медицинская сестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, организацию системы здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины (целительства) в частности. Медицинская сестра должна сохранять профессиональную настороженность в отношении любых методов альтернативного лечения, используя и рекомендуя только те из них, эффективность и безопасность которых доказаны в надлежащем образом организованных научных исследованиях.

Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, органы охраны правопорядка, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимая меры по защите прав пациентов от сомнительной медицинской практики.

Статья 18. Медицинская сестра и этический конфликт. В случаях, когда исполнение профессиональных обязанностей противоречит моральным ценностям медицинской сестры, она должна принять меры, чтобы как можно быстрее разрешить возникший этический конфликт и минимизировать его последствия для оказания медицинской помощи. Этический конфликт возникает в случаях, когда медицинская сестра не может самостоятельно провести этическую оценку сложившейся ситуации; не может сделать выбор между двумя или более альтернативными решениями или по условиям профессиональной деятельности вынуждена исполнять действия, противоречащие ее моральным ценностям. Этическое постоянство — последовательное следование этическим убеждениям даже перед лицом возникающих сложностей или угроз — поощряется настоящим Кодексом.

Статья 19. Право медицинской сестры на отказ от участия в процедурах, противоречащих ее моральным принципам. При устройстве на работу, в том числе при заключении договора на оказание сестринской помощи в рамках частной медицинской практики, медицинская сестра должна убедиться, что должностные обязанности, предусмотренные трудовым договором, не вступают в конфликт с ее моральными ценностями. В случае этического конфликта от заключения трудового договора следует воздержаться. В случаях расширения должностных обязанностей медицинской сестры вследствие введения новых форм оказания сестринской помощи, форм и методов лечения и иных ситуациях, требующих от сестры выполнения действий, противоречащих ее этическим принципам, сестре надлежит как можно быстрее известить о возможном этическом конфликте своего руководителя и принять меры к обеспечению адекватной замены на другого специалиста. До предоставления замещающего специалиста сестре надлежит

оказывать помощь в полном объеме, предписанном стандартами лечения и ухода и данными назначениями.

Часть IV. Медицинская сестра и общество

Статья 20. Ответственность перед обществом. Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского сообщества — заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-санитарном просвещении населения, помогающем пациентам делать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения и социальной поддержки. Медицинская сестра, в меру своей компетенции, должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждение пациентов, органов власти и общества об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб. Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» и медицинское сообщество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах.

Статья 21. Поддержание автономии и целостности сестринского дела. Моральный долг медицинской сестры — способствовать развитию сестринского дела в России. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры — привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела. Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или искаженной интерпретации современной парадигмы сестринского дела. Самореклама несовместима с медицинской этикой.

Статья 22. Участие медицинских сестер в забастовке. Частичный или полный отказ от работы допустим как высшая степень меры самозащиты профессионального сообщества при соблюдении правил проведения забастовки и объемов обязательной медицинской помощи, предусмотренных федеральным законодательством. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную помощь, а также от этических обязательств в отношении пациентов, проходящих в данный момент курс лечения.

Статья 23. Гарантии и защита законных прав медицинской сестры. Гуманная роль медицинской сестры в обществе создает основу требований законной защиты личного достоинства медицинской сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при исполнении профессиональных обязанностей как в мирное, так и в военное время. Уровень жизни медицинской сестры должен соответствовать статусу ее профессии. Размер гонорара, определяемого частнопрактикующей сестрой в каждом конкретном случае, должен быть соизмерим с объемом оказываемой медицинской помощи, степенью ее компетентности, иными особыми обстоятельствами. Безвозмездная

помощь бедным пациентам этически одобряется. Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях. Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинских сестер должно соответствовать требованиям охраны труда. Медицинская сестра вправе рассчитывать на то, что Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» окажет ей полноценную помощь:

1. По защите чести и достоинства (если ее доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено).

2. Юридической и информационной поддержке, поддержанию должного уровня квалификации.

3. Своевременному получению квалифицированной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки.

4. Созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных с небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей.

5. Профессиональной переподготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья.

6. Своевременному получению льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации для медицинских работников.

Часть V. Действие Этического кодекса медицинской сестры России, ответственность за его нарушения и порядок его пересмотра

Статья 24. Действие Этического кодекса. Требования настоящего Кодекса обязательны для всех медицинских сестер России. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание на кафедрах и факультетах сестринского дела, в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с Этическим кодексом медицинской сестры России и способствовать распространению его положений в профессиональном сообществе. Студенты, по мере включения в профессиональную медицинскую деятельность, обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в Кодексе. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание, должны своим поведением показывать пример студентам в вопросах соблюдения этических принципов.

Статья 25. Ответственность за нарушение Этического кодекса. Ответственность за нарушение Этического кодекса медицинской сестры России определяется Уставом Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России». За нарушение норм Кодекса к членам Ассоциации могут быть применены следующие взыскания: 1) замечание; 2) предупреждение о неполном профессиональном соответствии; 3) приостановление членства в Ассоциации на срок до одного года; 4) исключение из членов Ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

Статья 26. Пересмотр и толкование Этического кодекса. Динамические изменения в обществе, влекущие за собой социально-экономические и иные преобразования, могут потребовать изменения отдельных положений

настоящего Кодекса или его пересмотра. Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» выступает гарантом того, что любые вносимые в Кодекс изменения будут направлены на совершенствование сестринской помощи, защиту интересов медицинских сестер и пациентов. Право пересмотра Этического кодекса медицинской сестры России и толкования его отдельных положений принадлежит Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России». Рекомендации и предложения по изменению или усовершенствованию отдельных статей Кодекса принимаются к рассмотрению Правлением названной Ассоциации и приобретают законную силу после его обсуждения и утверждения Правлением Ассоциации.

3. КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТИКЕТ И ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИЕ

Этика (от греч. *ethos* — обычай, нрав) — наука о нормах и правилах поведения. Каждая группа людей, объединенных общими взглядами, принципами жизни, и даже каждая профессия может иметь собственную мораль. Медицинская этика основана на моральных ценностях (аксиологии) индивидуумов, составляющих общество.

Задачи медицинской этики:

- добросовестный труд;
- готовность всегда и при любых обстоятельствах оказать медицинскую помощь;
- внимательное и заботливое отношение к больному;
- сохранение и приумножение благородных традиций своей профессии.

Этикет — это традиционный церемониал, внешние формы и порядок поведения людей в торжественных, бытовых или профессиональных ситуациях.

Клинический этикет — соблюдение традиционных правил поведения медицинского персонала, способствующих улучшению качества диагностического и лечебного процесса, в том числе и установлению психологического контакта между пациентом и медработником.

К сожалению, приходится констатировать, что во всём мире происходит девальвация понятия медицинской этики, что негативно сказывается на взаимоотношениях пациент — медработник и в конечном итоге — на качестве лечебно-диагностического процесса.

Слагаемые медицинской этики — это внешняя и внутренняя культура. Разберем подробнее, что входит в понятие внешней культуры.

Внешняя культура — это прежде всего приличие (элементарное), хороший тон. Приведем клиническую ситуацию. Заходит пациент на прием к врачу, здоровается. В ответ слышит: «Выйдите, вас никто не звал» или «угу». Или ответа не следует вообще. Тогда некоторые пациенты повторяют: «Я сказал — здравствуйте». На что медработник говорит: «Чего кричите? Здесь глухих нет». И конфликт готов. За этим следуют жалобы и вся цепочка наказаний. А ведь «здравствуйте!» означает пожелание здоровья. Неужели так тяжело ответить человеку этим же?

Соответствующий внешний вид. Мы с вами, коллеги, не можем позволить себе выглядеть на рабочем месте, как нам хочется. Для нас существует понятие «клинический этикет». Что под этим подразумевается?

- *опрятность, чистота тела* (даже в ст. 11 Этического кодекса медицинской сестры России сказано, что она должна следить за своей личной гигиеной), обуви, одежды, отсутствие излишков косметики. Подчеркиваем — излишков. Ведь мы общаемся с живыми людьми, а следовательно, запахи, исходящие от нас, могут причинить вред больному (развитие аллергической реакции на запах дезодоранта или духов медработника; более того, в сложных ситуациях, когда у больного, например, приступ кетоацидоза, запах изо рта почувствовать будет невозможно);

- *длинные ногти* (нельзя иметь длинные ногти, если работа сопряжена непосредственно с осмотром пациента, с манипуляциями его тела — пальпацией, перкуссией, аускультацией и др.). Ведь можно ранить человека, а

еще страшнее — ребенка. И это может закончиться уголовным делом (нанесение ущерба здоровью);

- *форма одежды* (на сегодняшний день вариантов много — это и брючные костюмы, и халаты из ткани пастельных тонов, вставки, шапочки и т.д.). При этом не надо забывать, что халаты должны быть застегнутыми, иметь длину, соответствующую приличию. Обратите внимание, как одеты медработники в различных учреждениях. И порой диву даешься от пестроты, безвкусыя и неприличия в одежде;

- *волосы*. Длинные, ухоженные волосы — это гордость женщины. Но на работе они должны быть убраны так, чтобы не мешать выполнению профессиональных обязанностей;

- *бижутерия*. Она, несомненно, красит человека. В настоящее время наблюдаются современные тенденции на ношение массивных колец, кулонов. Однако помните, коллеги, и о своих пациентах. Такая бижутерия порой может не только помешать выполнению многих медицинских манипуляций, но и ранить человека.

Общение — это прежде всего беседа с человеком. Искусство, талант общения, речи, этика слова требуют навыка, высокого уровня культуры и определенного усилия. Как утверждает В. Левин, «70% от времени нашего бодрствования так или иначе связано с речью. Из них мы слушаем — 45% времени, говорим вслух — 30%, читаем — 16%, пишем — 9%».

Искусству беседы, таланту целебного слова врача придавалось большое значение с глубокой древности. Умению вести задушевную, доверительную беседу с больным обучали древнеиндийский врач Сушрута (Аюрведа), древнегреческий мыслитель и врач Гиппократ, крупнейший врач и философ Востока Абу Али Ибн Сина, отец отечественной терапии М.Я. Мудров, основатель российской хирургии Н.И. Пирогов и многие другие мыслители и ученые-медики. Врач в общении с больным и родственниками должен владеть искусством интонации; хорошо, когда она сочетается с мимикой, жестами, выражением глаз, лица и т.д. Интонация может оказывать или положительный, или отрицательный эффект. Неумеренногромкий голос врача или медсестры может раздражать не только больных, но и коллег.

Нередко в медучреждении можно услышать, как медсестра на весь коридор оповещает пациентов: «Больные, на уколы!» А ведь в п.1 ст.6 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 28.12.2013г.) указано, что «приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации». Пациент имеет право спать, читать книгу в палате, закрыть дверь в палате, смотреть телевизор и т.д.

Еще один пример. В поликлинике на приеме с врачом сидит медицинская сестра и вместо того, чтобы встать и пригласить больного на прием, она, надрываясь, кричит сквозь закрытую дверь: «Следующий!»

Интересны сведения, приводимые Г.Е. Батрак: вредная для здоровья граница громкости — 80 децибел, а при 180 — наступает смерть. Для сравнения: шелест листьев — 10 децибел, обычный шум в учреждении — 55 децибел, оживленное уличное движение — 70 децибел, шум от мотоцикла —

104 децибела, раскаты грома — 112 децибел. А в стародавние времена пытали и казнили шумом. Так за что же мы казним себя и своих пациентов? В то же время вялая, небрежная речь нелегко, с большим напряжением воспринимается и осмысливается.

С развитием научно-технического прогресса происходит девальвация разговорных слов. Сколько ненужных, не понятных собеседнику, а порой жестоких выражений мы слышим! Вероятно, это обусловлено в большей степени бедностью словарного запаса и низкой культурой человека. Среди специалистов вместо обычных выражений «пациент умер», «ушел из жизни» нередко используется неуместная фразеология: «сыграл в ящик», «протянул ноги». Это свидетельствует об отсутствии элементарного сострадания, человеколюбия и, конечно, внутренней культуры.

В приемное отделение привезли больного, врач спрашивает: «Что привезли?» Ответ: «Язву». Нередко можно слышать такие обращения к больным, как «ревматик», «диабетик», «сифилитик» и т.п. Не хотелось бы пожелать такому врачу оказаться на месте пациента. Иногда жаргонная речь и профессиональные метафоры, метонимии становятся причиной трагедии. Рассмотрим такой пример. На обходе профессор спрашивает у врача-куратора: «Что у больного?» Тот отвечает: «Бычье сердце». И, как следствие, скандал, негодование пациента, жалоба.

Слово в медицинской практике — не только средство общения, но и мощный лечебный фактор. При умелом использовании слово врача способно повысить жизненный тонус больного. Кто, как не врач, закрепит у пациента доверие к применяемым методам диагностики и лечения, внушит уверенность в выздоровлении, столь необходимую в борьбе с болезнью? Врач, врач и только врач. Выдающийся русский врач В.М. Бехтерев говорил: «Если больному не стало легче после разговора с врачом, то это не врач».

Принципиально важно чувство такта и в разговоре с коллегами. Всякий коллектив — это группа, но не всякая группа — коллектив (А.С. Макаренко). Как указывал в одной из своих статей профессор А. Остапенко, врач должен обращать внимание не только на содержание своих слов, но и на форму, интонацию, выражение лица, учитывать индивидуальные особенности человека. В Этическом кодексе медицинской сестры России (ст. 12) четко сказано, что фамильярничать с коллегами неприемлемо. Как просто старший по должности может унижить человека! Представьте себе ситуацию: старшая медсестра кричит на всё отделение: «Петрова, зайди к заведующему!» или того хуже: «Валька, быстро ко мне!» Обращаться к коллегам необходимо только по имени-отчеству или имени, если сотрудник не возражает (зачастую это относится к медицинским сестрам). Так как, называя человека по имени и отчеству, мы подчеркиваем этим свое уважение к нему. Это и есть этика обращения. Чувство такта важно и в личных отношениях с коллегами, удрученными личными переживаниями. При этом, как говорится, не надо сокращать дистанцию, «лезть в душу». Во-первых, может, именно вам он и не хочет рассказывать, что у него случилось. Во-вторых, придя на работу, человек старается забыть о проблеме, переосмысливает ситуацию. Если у него будет потребность высказаться именно вам, то он первым начнет разговор. Сами никогда не выступайте инициатором беседы. Это неприлично.

Разговор о врачебных ошибках всегда труден. Как и представитель другой специальности, врач не застрахован от профессиональных ошибок. И, несмотря на достижения медицины, медики продолжают делать ошибки.

Но врач имеет дело с самым ценным, что дается человеку, — жизнью, здоровьем. Н.И. Пирогов писал, что каждый добросовестный человек должен уметь признавать и обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них людей, менее сведущих.

Одна из наиболее частых ошибок врача состоит в том, что он во время обследования больного слишком много говорит о том, чего говорить не следовало бы. Излишняя разговорчивость порой неуместна.

В медицине нередко мы используем такое сочетание слов, как ложь во имя блага. Каждому больному нужна надежда. Человек не может жить без нее, а врач не имеет права лишать пациента надежды. Даже в случае, когда больного невозможно спасти, отнимать надежду у него нельзя. Порой страдания по этой причине могут быть более невыносимыми. Недаром наши наставники не лечили и не оперировали своих близких родственников.

Даже если неизлечимым недугом заболевает врач, то и он нуждается в благожелательном обмане, поскольку больной врач не меньше другого больного впадает в отчаяние, когда узнаёт о скорой и неизбежной смерти. Как сказал Н.А. Некрасов, узнав о своей неизлечимой болезни, «не страшно умереть, а страшно умирать».

Отличительной чертой врачебной ошибки являются добросовестные действия врача, его стремление оказать помощь больному, хотя эти действия являются ошибочными. Существует ряд классификаций врачебных ошибок, построенных по разным принципам.

На наш взгляд, наиболее точно определяет врачебные ошибки И.Ф. Крылов (1972). Он выделяет: 1) ошибки диагностические, к которым относятся нераспознавание или ошибочное распознавание болезни; 2) ошибки тактические, к которым причисляются неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени проведения операции, ее объема и др.; 3) ошибки технические, включающие неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов, диагностических средств и др.

Подробным разбором врачебных ошибок, связанных с диагностикой и лечением, занимаются патоморфологи и судебно-медицинские эксперты. Чтобы не допускать ошибок, врач должен постоянно учиться. В 1967 году на II Всемирном деонтологическом конгрессе было сделано одно дополнение к клятве Гиппократата: «Клянусь обучаться всю жизнь!»

Высказывая одобрительные оценки в чей-либо адрес, мы должны помнить, что в каждом человеке есть хорошее. Выделить, подчеркнуть это хорошее, не поспеившись оценить в человеке его лучшие черты — в этом искусство комплимента и его положительная роль. Медработнику тоже приятно и полезно слышать комплимент в свой адрес из уст коллег, пациентов и их близких. В каждом специалисте заложена вечная и возвышающая его потребность быть уважаемым и любимым человеком.

Л.Н. Толстой утверждал, что юмор — большая сила. И в медицине он тоже уместен. Но только не стоит забывать, что шутить над особенностями течения

болезни или физическими недостатками больного, уровнем развития его интеллекта или неурядицами в личной и семейной жизни — над всем тем, что может оскорбить человека или вызвать негативную реакцию, не следует. Шутку нельзя превращать в причину, которая в той или иной степени отчуждает больного от врача [34, с. 84].

Чтобы шутки и смех не прозвучали вопреки здравому смыслу и были деликатными, нужно ознакомиться с больным как с личностью, психологически расположить его к себе и только потом подбирать подходящий для него «рецепт смеха».

Мы с вами, коллеги, зачастую бываем в ситуациях, когда пациент оказывается откровенным хамом. Но здесь мы не будем рассматривать нормы поведения пациентов, поскольку это не только уровень культуры и образованности, это стиль жизни, человеческие идеалы и принципы. Рассмотрим пример. Больной вызвал врача. «Что у вас болит?» — спросил он. «Вы — врач. Вы должны знать лучше меня», — раздраженно ответил больной. «В таком случае, в следующий раз вызывайте ветеринара. Он ставит диагноз, не задавая вопросов», — ответил доктор.

Реплика врача унижительна. Взаимные насмешки и оскорбления не приведут к взаимопониманию. Украинский терапевт академик Ф.Г. Яновский рекомендовал ученикам, которые жаловались на несносный характер больного, представить себе, что это их лучший друг, отец. Тогда будет легче переносить капризы больного.

Порой мы стыдливо обходим столь важную тему, как хамство среди коллег. Очень хорошо сказал ректор Университета искусств и человеческих отношений США Дейл Карнеги: «Не унижать! Как это важно, как это жизненно важно! И сколь немногие из нас задумываются над этим! Мы грубо топчем чувства других, добываясь своего, находим ошибки, произнося угрозы, критикуя подчиненного или ребенка перед окружающими, не задумываясь даже о том, какую боль причиняем гордости другого...»

Допущенная руководителем грубость или резкость, особенно в присутствии коллег или пациентов, лишает человека способности мыслить, думать, у него опускаются руки, снижается работоспособность, а всё это влияет на производительность труда.

Как бороться с этим? А.Н. Орлов в своей книге предлагает лечение в зависимости от стадии этого «заболевания». В начальной стадии эффективны самовоспитание, воспитание, порицание коллектива. Если болезнь запущена, то с помощью народного суда. Примечательны слова А. Вознесенского: «Пожалейте анонима! Вот он ходит, козлодой, тайной страстию томимый, изможденный кислой миной, анонимной кислотой, предки спившимися моськами затравили Маяковского...»

Начинать, безусловно, надо с самовоспитания. Психотерапевт А.В. Алексеев предлагает несколько правил при стрессовых ситуациях: 1) не злись на себя и на окружающих; 2) на любые неудачи следует отвечать только мобилизацией всех своих сил, причем делать это быстро. Иногда полезно ответить с шуткой, светлым юмором.

Неплохо уметь защитить себя и знанием закона. Так, можно воспользоваться ст. 5.61 КоАП РФ «Оскорбление»: «Оскорбление, то есть

унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме, — влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до трех тысяч рублей; на должностных лиц — от десяти тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц — от пятидесяти тысяч до ста тысяч рублей» (введена ФЗ № 420 в ред. от 7.12.2011 г.).

Таким образом, грубость и хамство врача в любой ситуации — это всегда аморально и антипрофессионально.

Техника, вставшая между врачом и пациентом, ослабила узы, некогда их связывавшие. Прибор при всей его диагностической ценности может заслонить от врача не только организм, но и личность пациента с его сложным психическим, нравственным миром. И за этим иногда стоит попытка вытеснения клинического мышления. Врачи нередко настолько «внимательно» вглядываются в показания прибора, что забывают взглянуть в лицо пациента.

Чтобы понять больного, необходимо иметь представление о нем как о личности (индивидууме), о его месте в обществе, коллективе, группе. Ведь каждая личность характеризуется своей жизненной позицией, т.е. определенным отношением к материальным условиям жизни, к обществу, людям, к себе самому. Одна и та же психическая травма у одного человека вызывает психогенную реакцию, у другого — невроз, у третьего — психоз. Чувство такта — величайшее оружие врача.

И.М. Сеченов считал, что любая болезнь изменяет психологию человека. Каждое заболевание оказывает влияние не только на физическое состояние, но и на психику больного, отражаясь на его положении в семье, работе, обществе. Какой бы болезнью ни страдал человек, она непременно накладывает отпечаток на всю его личность в целом. «Кто никогда не болел, тот не познал себя целиком» (Р. Роллан). Конечно, согласно этическому кодексу врача он может отказаться от курации конкретного больного, впрочем, как и пациент от врача (ст. 70 ФЗ РФ № 323 в ред. от 28.12.2013 г.), ввиду отсутствия терапевтического соглашения. Думается, что это не всегда является выходом из положения, поскольку имидж врача начинает терять свои позиции.

Необходимо помнить слова клинициста М.Я. Мудрова, отражающие обратную связь взаимоотношений врача и пациента: «Во время обследования пациента он сам исследует медработника». Таким образом, клинический этикет и этика в целом нужны не столько больному, сколько самим медработникам.

Большое значение придается и так называемой психической асептике — борьбе с ятрогенией. В.М. Бехтерев в 1898 г. писал: «Всякий знает, какое магическое оздоравливающее действие может приобрести одно утешительное слово со стороны врача и, наоборот, как иногда убийственно, в буквальном смысле слова, действует на больного суровый холодный приговор врача, не знающего или не желающего знать силы внушения». Приведенное выше крылатое выражение В.М. Бехтерева, что «если больному не стало легче после разговора с врачом, то это не врач», должно стать профессиональным лейтмотивом для каждого врача. Это положение необходимо отнести и к деятельности среднего медработника.

Согласно определению, содержащемуся в Большой медицинской энциклопедии, ятрогения — это психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников, неправильных,

неосторожных высказываний или действий. Нарушение деонтологических норм — важнейшая причина развития ятрогении. Проблема сложна, далека еще от своего разрешения, несмотря на большое число написанных научных работ и рекомендаций. Крайне важно, что поддержание в коллективе лечебного учреждения атмосферы, которая исключила бы развитие влияющих на больного психотравмирующих ситуаций, — серьезная основа для профилактики ятрогений.

Иногда врачи забывают, что ятрогения опасна не только для самого больного, но и для членов его семьи, когда эмоциональный неконтактный подход к больному человеку может привести к пагубным последствиям.

Если от встречи с медработником (а это не только речевое общение, но и мимика, внешний вид специалиста, жесты, специальные медицинские манипуляции) пациенту становится плохо, ухудшается самочувствие, обостряется заболевание, то это и есть ятрогения, не говоря уже о профессиональных нарушениях, приводящих к физической травме от рук врача или медицинской сестры. В таких случаях пациент имеет право обратиться в медицинское учреждение с жалобой или даже в суд с исковым заявлением.

Приведем пример. Поступила женщина с сильными болями в животе (боли на фоне психического стресса). Ее оставили в приемно-диагностическом отделении, где наблюдали, делали попытки купировать боли медикаментозно, но эффекта от терапии не было. Хирург провел лапароскопию, в ходе ревизии патологических отклонений выявлено не было. Женщину перевели в палату. Вошла медсестра, чтобы сделать инъекции другим пациентам. В это время больная обращается к ней со словами: «Скажите, что же доктор нашел у меня?» На что та ответила с полным равнодушием, махнув при этом рукой: «Да так, что-то там было». И спустя несколько минут у пациентки вновь возник сильнейший приступ боли. В данной ситуации медсестра своим поведением, ответом на вопрос пациентки и равнодушием способствовала ухудшению самочувствия больной.

Придется еще не раз говорить об ятрогении, потому что ни в медицинских вузах и колледжах, ни в лечебно-профилактических учреждениях, к сожалению, не ведется работа на достаточном уровне в этом направлении с медицинским персоналом.

Эвтаназия — еще один сложный вопрос медицины. Под этим термином подразумевают сознательное или умышленное действие или бездействие, направленное на прерывание жизни другого человека (по его просьбе или родственников). Мы не будем рассматривать этот вопрос, поскольку это отдельная большая тема для обсуждения. Укажем только, что в РФ, как и во многих других странах мира, это уголовно наказуемое деяние.

Нельзя не коснуться и темы умирания, поскольку и жизнь, и смерть всегда «ходят рядом». Знание психологических моментов ухода из жизни поможет специалисту быстрее разобраться и скорректировать моменты паллиативных подходов к безнадежно больному человеку.

На основании многолетних исследований доктор Элизабет Кюблер-Росс выделяет пять эмоциональных стадий горевания, через которые проходит человек с того момента, когда получает роковое известие о безнадежном состоянии своего здоровья.

Первая фаза — нежелание воспринимать факт неизбежности надвигающейся смерти (несогласие, уединение). У большинства больных людей наступает психологический шок на диагноз неизлечимого заболевания, особенно если информация получена внезапно. Шок приводит к реакции отрицания («этого не может быть!»). Так бывает и с теми, кто сразу узнает правду, и с теми, кто догадывается о ней постепенно.

Вторая фаза — гнев, протест, агрессия, которые могут быть направлены против самого себя, и в этом случае возникает возможность суицида. Или, что случается чаще, агрессия против окружающего мира (родных и близких, ухаживающего персонала). Это период негодования, возмущения и зависти. За этим стоит вопрос: почему именно я? В этой стадии семье и персоналу приходится очень нелегко с больным человеком, так как его гнев изливается без видимых причин. В этот период к пациенту следует относиться с пониманием, уделять больше времени и внимания, и он вскоре становится более спокойным и менее требовательным.

Третья фаза — переговоры с судьбой. В первой стадии пациент не в силах признать случившееся, во второй — «ссорится» с Богом и с миром, а в третьей — пытается отсрочить неизбежное. Поведение пациента напоминает поведение ребенка, который вначале требовательно настаивал на своем, а потом, не получив желаемого, вежливо просит, обещая при этом быть послушным: «Господи, если Ты не даешь мне вечной жизни на Земле и всё мое негодование не изменило Твоего решения, то, быть может, Ты снизойдешь к моей просьбе». Главным желанием смертельно больного человека почти всегда остается продление срока жизни, а затем — хотя бы несколько дней без боли и страданий.

Четвертая фаза — депрессия (глубокая печаль по поводу предстоящей потери собственной жизни). Оцепенение, гнев и ярость скоро уступают чувству ужаса перед утраченным. Сама утрата может выражаться по-разному: и как скорбь о потерянном здоровье, об изменившейся семье, детях и т.д., и как огромная боль оттого, что человек готовится к прощанию с миром. В этот период нужно дать человеку выговориться. Изливая душу, он скорее примирится со своей судьбой и будет благодарен тем, кто в этой стадии депрессии спокойно остается рядом с ним, не твердя о том, что не надо печалиться, и не пытаясь его ободрить. Многие в состоянии депрессии нуждаются в присутствии и поддержке священника.

Пятая фаза — согласие, окончательное смирение и принятие смерти. Умиравший человек утомлен, очень слаб и подолгу спит или дремлет. Этот сон отличается от сна периода депрессии, теперь это не передышка между приступами боли, не стремление уйти от случившегося и не отдых. Больной человек хочет оставаться в покое, круг его интересов становится более узким, он без радости принимает посетителей и становится неразговорчив. В этой стадии семья в большей степени нуждается в помощи, поддержке и понимании, чем сам пациент.

Внутренняя культура — это отношение к профессии, соблюдение дисциплины, дружелюбие, чувство коллегиальности, соблюдение субординации. Об этом говорится в этических кодексах.

Некоторые заблуждаются, относя этику и деонтологию в единое понятие.

Это не так. Деонтология — наука о профессиональном поведении работника, закрепленная инструкциями и приказами.

От среднего медработника требуется:

- соблюдение высокой служебной и профессиональной дисциплины;
- качественное и своевременное выполнение назначений врача;

- соблюдение врачебной тайны, за разглашение которой специалист может быть привлечен к ответственности, вплоть до уголовной (вопросы врачебной тайны освещены в этических кодексах врача и медицинской сестры России);

- следить за порядком в больничных палатах (на рабочем месте);
- а следить за организованностью при выполнении распорядка дня.

Это минимум требований к среднему медперсоналу, который он должен выполнять в полном объеме.

Права и обязанности врача представлены в Конвенции врачей РФ.

4. КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТИКЕТ И ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Основным нормативно-правовым актом, регламентирующим взаимоотношения врача и пациента, является ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ранее мы ссылались на него уже несколько раз. Каждый медицинский работник должен иметь под рукой бумажное издание этого нормативно-правового акта либо его электронную версию. В ст. 71 приведена «Клятва врача».

Здоровье определяется не только как состояние физического, но и социально-психологического благополучия. Это диктует значимость повышения профессионализма врача в сфере межличностных отношений, этикета. Государство гарантирует отсутствие в действиях врачей дискриминации по любым признакам — что накладывает конкретную ответственность на медиков.

Дух федерального закона — глубокая духовная ответственность медика-профессионала, медика-гуманитария. В непростых ситуациях оказания помощи пациент не всегда в состоянии самостоятельно сформулировать свои интересы общепринятыми способами, логично и линейно (например, в виде заявления). Прописать в законе все каналы коммуникации с пациентом невозможно. А значит, медик должен психологически настраиваться на восприятие пациента, на отклик и интерпретацию.

В ст. 4 и далее среди основных приоритетов охраны здоровья перечислены:

- интересы пациента;
- социальная защита при утрате здоровья;
- недопустимость отказа во врачебной помощи;
- соблюдение врачебной тайны.

Последний принцип требует пояснений: важно отличать врачебную тайну, описанную подробнее в ст. 13, от формулировок п. 3 ст. 22 этого же документа — где говорится о праве пациента на неполучение информации о состоянии своего здоровья. Понятие «тайна» можно было бы применить и здесь (когда речь идет о нежелании человека узнавать о своем здоровье). Но в нормативно-правовых актах, связанных с медициной, слово тайна имеет более узкое значение.

Признание права не получать информацию о своем здоровье — пожалуй, самая яркая иллюстрация гуманизма юридических принципов в сфере здравоохранения. Закон прямо регламентирует поведение врача при неблагоприятном прогнозе. Если такая информация сообщается — то исключительно в деликатной форме (п. 3 ст. 22). Пациент вправе определять круг лиц из числа родственников, кому он может доверить такую информацию. Он вправе и запрещать медработнику передавать эти сведения тем или иным лицам, даже из числа близких. Врач обязан принять это решение больного. Права семьи в охране здоровья отдельно оговариваются законом в ст. 51.

Как видим, всё, что связано с врачебной информацией — в руках пациента и его близких. Вопросы, касающиеся принятия решения о медицинском вмешательстве (согласие или отказ), также решаются пациентом или его родственниками. Важное определение такого согласия или отказа —

информированность. Здесь законодательство вновь подразумевает конкретную биоэтическую ответственность врачей. Перед медиком стоит задача деликатно и при этом предельно ясно сформулировать параметры вмешательства.

Государство фиксирует в законе, что врач не должен относиться к пациенту или его представителям авторитарно, покровительственно, свысока.

Существуют жесткие ограничения, препятствующие возникновению конфликта интересов охраны здоровья и коммерческой деятельности отдельных структур (коммерческая деятельность - деятельность, направленная на извлечение материальной прибыли). Федеральное законодательство не позволяет медицинским работникам получать подарки, денежные средства и участвовать в бесплатных мероприятиях от фармацевтических компаний (ст. 74). Тем более, запрещено вступать с ними в правовые отношения (заключать договор), подразумевающие назначение и даже просто рекомендацию того или иного лекарственного препарата. Пункт 5 вообще запрещает прием представителей фарминдустрии, то есть официальное общение с ними в рабочее время (за исключением случаев, когда это необходимо для исследований, мониторинга и т.п.). Врачу не позволено выписывать препараты на бланках, содержащих рекламную информацию. Это посягает на качество охраны здоровья, на права пациентов. Какое значение это имеет для отношений медицины и граждан? Нарушение данной правовой нормы врачом может вызвать конфликт не только с законом, но и с пациентом, наблюдавшим недобросовестное поведение работника. Это резко снизит уровень доверия, а значит, поставит под сомнение эффективность лечения независимо от качества тех препаратов, которые стали источником конфликта. Следует помнить, что пациент — потребитель медицинской услуги, а «клиент всегда прав». Врач должен подчинить свои интересы пациенту, создать атмосферу доверия и комфорта, работать на свое (а не чужое) имя.

Краткие комментарии к некоторым законодательным актам, регламентирующим медицинскую деятельность

Федеральный закон «*О защите прав потребителей*» определяет, в частности, права потребителей медицинских услуг.

Гражданский кодекс Российской Федерации предоставляет основание для определения ответственности медицинских учреждений за нанесение вреда здоровью пациента (ст. 12).

Федеральный закон «*О лицензировании*» определяет необходимые требования к деятельности медицинских учреждений и медицинских работников, занимающихся частной практикой, защищая право граждан на получение медицинской помощи.

Уголовный кодекс Российской Федерации защищает права граждан и права пациента, предусматривая уголовную ответственность за:

- причинение смерти по неосторожности (ст.109);
- неосторожное тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение (ст.118);
- заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4, ст.122);

- незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст.123);
- неоказание помощи больному (ст. 124);
- незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233);
- незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (ст. 235);
- нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236);
- сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 237);
- халатность (ст. 293).

Несмотря на наличие законодательных механизмов обеспечения прав пациентов, отраженных в существующем законодательстве, практически эти права остаются мало востребованными, и более полная их реализация требует принятия самостоятельных законодательных актов. Ни в одном законодательном акте на федеральном уровне не получила должной организационно-правовой разработки система органов и учреждений, призванных осуществлять защиту законных интересов граждан в части предоставления медицинской помощи надлежащего объема и качества.

Наряду с изложенным пациенты в интересах своего здоровья также несут определенные обязанности.

Обязанности пациентов

Пациент обязан:

- 1) проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт;
- 2) сообщать врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения заболевания,
- 3) после дачи согласия на медицинское вмешательство неукоснительно выполнять все предписания лечащего врача;
- 4) соблюдать правила внутреннего распорядка учреждения здравоохранения, где он находится;
- 5) сотрудничать с врачом при получении медицинской помощи;
- 6) немедленно информировать врача об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения;
- 7) незамедлительно обращаться к врачу при подозрении на наличие либо при наличии заболевания, представляющего опасность массового распространения,
- 8) не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов.

5. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТИКЕТА В ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЯХ

1. В педиатрии

Основы общения детского врача с ребенком заложены в трудах выдающихся отечественных педиатров: Н.Ф. Филатова, А.А. Кисель, В.И. Молчанова, М.Е. Сухарева, Н.И. Нисевича, М.Я. Студеникина, В.А. Таболина и др. Отличия педиатрической деонтологии от деонтологии взрослых основаны на том, что формирование ребенка начинается еще до его рождения. Происхождение его заболеваний связано с тремя группами факторов: врожденными, генетически обусловленными и приобретенными. При этом большую роль играют такие факторы, как повреждения растущих и развивающихся структур организма, что возникают еще в эмбриогенезе и после рождения.

Новорожденные и дети первых лет жизни не в состоянии сообщить о своем самочувствии. Поэтому врач опирается на анамнез, собранный со слов взрослых. Он вынужден фиксировать внимание на симптомы, которые на первый взгляд не видны. Дети более старшего возраста не понимают опасности своего заболевания и, как правило, скрывают свои страдания. Более того, многие родители изначально занимаются самолечением (информацию берут из Интернета, по совету подруги, сотрудника аптеки и т.д.).

Самый трудный психологический барьер приходится преодолевать медработнику, когда он встает на путь общения между родственниками и самим маленьким пациентом. Врач и медсестра порой забывают, какие переживания случаются у детей в этот момент.

Напомним, что общение с медицинским персоналом для ребенка проходит в три этапа: первый — знакомство, второй — достаточно длительное общение, третий — этап расставания. Все составляющие клинического этикета в эти периоды имеют большое значение в работе с детьми. Врач должен обладать знаниями психолога и педагога, уметь шутить на уровне зрелости ребенка. Так, входя в палату первый раз, врач осознает, что изначально необходимо найти подход к ребенку, а затем и к родителям. Ведь замеченные недочеты в действиях медицинских работников воспринимаются родителями болезненно, иногда в гиперболизированном виде.

Много проблем возникает при госпитализации ребенка в стационар, даже если он неоднократно там проходил лечение. Дети испытывают острое потрясение, проходящее три стадии. Первая — протест и паникоподобное беспокойство; вторая — отчаяние, депрессия, апатия, замкнутость; третья — покорность, когда ребенок становится контактным. Длительность той или иной стадии различна у каждого ребенка: она определяется типом нервной системы, воспитанием, возрастом.

Во взаимоотношениях с детьми важна предельная искренность как в словах, так и в действиях, мимике медработника. Контакт и доверие являются краеугольным камнем этих отношений. Доминантой в отношениях с медработниками у детей, даже хорошо воспитанных и смелых, является страх. У них больше выражено преобладание эмоций, чем разума.

Данные о психосоматическом состоянии ребенка дает изучение внешнего вида: осанка, походка, мимика, манера говорить, улыбаться, отвечать на вопросы, вставать, садиться, отношение к родителям, одежда, интонация голоса — в первые минуты общения это дает возможность составить представление не только о ребенке, но и иногда сразу поставить диагноз.

Врач должен учитывать и национальность ребенка. Это важно для оценки возможного течения заболевания, осложнений, подходов в питании, гигиенических процедур и т.д. Действия свои надо координировать в зависимости от возможностей ребенка, которые определяются его возрастными особенностями.

Итак, *первая группа* — новорожденные. Они обладают мощным рецепторным аппаратом. Тихая, спокойная речь, негромкое пение, прикосновение теплых и нежных рук, неторопливое поворачивание и т.д. — давно обще признаны всеми педиатрами. Однако существуют ситуации, когда медицинские работники в помещении, где находится ребенок, говорят раздраженным и громким голосом, что приводит к беспокойству и плачу малыша.

Вторая группа — грудные дети. Для них характерно бурное развитие всех органов чувств, что требует от медицинского персонала бережного и щадящего обращения с ребенком. Исследователи считают, что многие отклонения в дальнейшем развитии ребенка формируются именно в этот ранний период. Процедуры для этой возрастной группы требуется выполнять деликатно и безболезненно.

Третья группа — дети от 2 до 5 лет. Это период становления личности, развитие собственного «Я». У ребенка наблюдается всплеск слов, вопросов. Именно поэтому родители должны находить как можно больше времени для общения с ребенком.

Четвертая группа — младшие школьники. Они имеют опыт коллективного общения, усвоили законы и правила поведения в обществе.

Поле деятельности специалистов в педиатрии расширено до 18 лет. Подростковый возраст — решающий этап формирования личности, самоутверждения, чувства лидерства, непонимания со стороны родителей, несчастная любовь и т.д. Эти возрастные особенности могут привести к отсутствию понимания между медицинским персоналом и подростком. Поэтому врач должен подобрать такие слова, интонацию, чтобы в беседе не задеть самолюбия, не оскорбить и не унижить пациента.

Принципиально важно помнить, что у современной молодежи происходит девальвация представлений о здоровом образе жизни. Масса вредных привычек подростками воспринимаются как эталон самоутвержденного человека. А поэтому врач должен проводить постоянно беседы и, прежде всего, своим примером ориентировать молодежь на здоровый образ жизни.

Таким образом, спокойная интонация, слова, произнесенные твердо и уверенно, но с полным уважением к ребенку, независимо от возраста, дают успех.

Ниже приведены рекомендации по психологическому подходу к ребенку, сформулированные академиком Б.В. Петровским и доработанные нами:

- контакт устанавливают прежде всего с ребенком;

- в доверие к врачу вызывается его поведением, личным примером, человеческими качествами. То есть соблюдение всех составляющих внешней и внутренней культуры медицинского работника (описанных ранее);
- необходимо помнить, что ребенок в общении с персоналом испытывает острое потрясение и этот контакт проходит через три стадии;
- подавление страха у ребенка и его близких — одна из главных задач (врач может использовать шутки, игры и др.);
- непреклонность в самой доброжелательной и мягкой форме в сочетании с уважением и дистанцией облегчают выполнение медицинских задач;
- внушение ребенку и его близким мысли о том, что они сами заинтересованы и нуждаются в выполнении врачебных предписаний, снимает многие деонтологические трудности;
- положительный результат возможен только при комплексной работе с профессионально подготовленными медицинскими сестрами. Если отсутствует радость от общения с ребенком, если медсестра равнодушна при расставании с маленькими пациентами, это является абсолютным противопоказанием к работе с детьми.

2. В гемотрансфузиологии

В последние годы некогда широкие показания к переливанию цельной крови существенно сужены, так как изменились современные представления о геморрагическом шоке и значительно расширились относительно безопасные границы кровопотери, появились новые высокоэффективные кровозамещающие растворы и средства, стимулирующие ее естественное восполнение. Такому отношению к прямым гемотрансфузиям способствовали и многочисленные осложнения, возникающие при этом, в том числе и ятрогенные поражения, связанные с чужеродностью донорской крови, возможной ее инфицированностью и многими другими факторами.

В настоящее время в гемотрансфузиологии сложилась четкая точка зрения, что переливание цельной крови должно применяться только с заместительной целью при острой кровопотере и гематологических заболеваниях. В большинстве других случаев показано использование компонентов крови. Поэтому в клинических условиях более остро стали возникать проблемы этического и юридического характера, о которых должны знать медики. Они связаны с различными вопросами прав пациентов и юридической ответственностью медицинских работников при гемотрансфузиях. К сожалению, медицинские работники зачастую меньше знакомы с правами больных, чем сами больные.

Чтобы избежать этических и юридических конфликтов при переливаниях крови и ее компонентов, нормой повседневной медицинской практики должно стать заинтересованное, уважительное отношение к правам больных. Это связано с тем, что гемотрансфузия, как и любое медицинское действие, сопровождается определенным риском. Поэтому врач и пациент должны обсудить такие важные этические и юридические проблемы, как:

- информирование больного о характере патологии, требующей гемотрансфузии, и о самой гемотрансфузии как о медицинском вмешательстве;
- согласие пациента на выполнение гемотрансфузии;

- отказ больного от гемотрансфузии;
- право пациента на получение альтернативных гемотрансфузии методов;
- принятие окончательного решения по гемотрансфузии, если возникли расхождения во взглядах больного, его законных представителей и медработников.

Больные имеют право, обоснованное законом, получить полную информацию обо всех проблемах, относящихся к назначенной им гемотрансфузии. Пациент должен получить именно те сведения, которые могут повлиять на его решение, и эти сведения должны быть представлены в такой форме, которая доступна для интеллекта и образования больного или его законных представителей.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

В соответствии с законом больной, которому предстоит гемотрансфузия, должен быть информирован:

- о сути, достоинстве, необходимости и ожидаемом результате гемотрансфузии;
- о возможных опасностях метода с учетом индивидуальных особенностей больного;
- о возможных последствиях отказа от гемотрансфузии;
- о наличии альтернативных методов, пригодных для данного больного, их достоинствах и недостатках.

При опасных для жизни ситуациях от врача требуются особая чуткость и индивидуальный психологический подход, чтобы больной принял правильное, обоснованное медицинской наукой решение.

В соответствии с существующим законодательством любое медицинское действие (диагностическое или лечебное) может выполняться только при наличии согласия больного, информированного о сути этого медицинского действия. Это в полной мере относится и к гемотрансфузии. Условия медицины критических состояний часто не позволяют получить от пациента действительно осознанное добровольное письменное согласие, в частности, на гемотрансфузию. В этой ситуации неполучение согласия и причины этого должны быть отражены в медицинской документации со своевременным уведомлением должностных лиц.

При отказе от медицинского вмешательства пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия, что оформляется записью в медицинской документации и подписями больного и медицинского работника. Наиболее частой причиной отказа больных от гемотрансфузии является опасность инфицирования, а также религиозные взгляды (члены организации свидетелей Иеговы, отдельные течения ислама). Отказ больных от гемотрансфузии по религиозным мотивам требует уважительного отношения врачей, поскольку такое право обосновано п. 1 ст. 5 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (ратифицирована ФЗ от 30.03.1998 № 54-ФЗ), а также п. 1 ст. 22 Конституции РФ, в соответствии с которыми каждый имеет право на свободу и личную

неприкосновенность, как физическую, так и моральную (духовную).

Убеждая больного согласиться на гемотрансфузию, врач должен иметь в виду изменившиеся сегодня представления о границах относительной безопасности кровопотери и наличие многообразных альтернативных методов, и, несомненно, существующие опасности переливания крови. Попытка врача добиться согласия больного заведомо ложными доводами может свидетельствовать о профессиональном невежестве врача, его недостаточной этике и культуре и нередко чревата последующим возникновением юридического конфликта.

При отказе больного от гемотрансфузии по религиозным или иным соображениям врач обязан использовать альтернативные методы лечения, даже если они не могут полностью заменить гемотрансфузию. В настоящее время существуют десятки программ консервативного и оперативного лечения гематологических и хирургических больных без использования гемотрансфузии или с ее весьма ограниченным применением. Эти программы включают в себя стимуляцию гемопоэза (рекомбинантный эритропоэтин, препараты железа и др.), нормализацию свертывающей системы крови, предварительную заготовку аутокрови, применение управляемой гипотензии для сокращения кровопотери, реинфузию крови, применение многообразных заменителей крови, гемостатических инструментов и специальных гемостатических препаратов.

Юридические конфликты, относящиеся к гемотрансфузии, чаще всего регламентируются следующими статьями УК РФ, о которых медицинские работники должны знать:

- преступление, совершенное по неосторожности (ст. 26);
- причинение смерти по неосторожности (ст. 109);
- причинение тяжкого или средней тяжести вреда по неосторожности (ст.118);
- неоказание помощи больному (ст. 124);
- халатность (эта статья относится только к должностным лицам) (ст.293).

Следует помнить, что самым достойным и, как правило, плодотворным путем предотвращения и разрешения этических и юридических конфликтов, которые могут возникнуть в связи с трансфузией, является достижение психологического контакта с больными при взаимно уважительных многократных беседах.

Следует подчеркнуть, что свои особенности этических проблем существуют в каждой медицинской специальности. Их много не только в педиатрии и гемотрансфузиологии, но и в урологии, гинекологии, трансплантологии и др.

В заключение необходимо сказать, что вся среда, окружающая больного в лечебном учреждении, начиная с эстетического оформления больницы (отделения) и заканчивая культурой оказания медицинской помощи, должна благоприятствовать скорейшему его выздоровлению.

Очевидно, что при подготовке специалиста (врача, медицинской сестры) в учебном заведении, как и в работе лечебной организации, должна быть четкая ориентация на медицинскую этику с ее составляющими, причем с позиций современных требований (закона, прав, этики и общечеловеческой морали).

6. ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948 г.; дополнена 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 г. 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г. и 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.)

Положения настоящего Кодекса обязательны для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, а также для студентов высших медицинских учебных заведений, временно замещающих врача или ассистирующих врачу.

1. Врач и общество

Статья 1. Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются незыблемыми даже после смерти человека.

Статья 2. Врач обязан добросовестно выполнять весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса и материального положения, вероисповедания, политических взглядов человека.

Статья 3. Врач обязан оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь. Он обязан учитывать преимущества, недостатки и последствия различных диагностических и лечебных методов. При отсутствии в медицинской организации необходимых условий и ресурсов врач обязан направить пациента в соответствующее медицинское учреждение.

Статья 4. В установленном законом порядке врач свободен в выборе диагностических и лечебных методов. Врач обязан, с учетом преимуществ, недостатков и последствий различных диагностических и лечебных методов, оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь.

Статья 5. Врач любой специальности, оказавшийся рядом с человеком вне лечебного учреждения, находящимся в угрожающем жизни состоянии, должен оказать ему возможную помощь или быть уверенным в том, что он ее получит.

Статья 6. Право врача — ни при каких обстоятельствах не изменять принципам профессионального долга и отклонять любые попытки давления со стороны физических и юридических лиц, требующих от него действий, противоречащих этическим принципам, профессиональному долгу или закону.

Статья 7. Врач, обследующий или лечащий лицо, лишенное свободы, не может ни прямо, ни косвенно способствовать посягательству на физическую или психологическую неприкосновенность этого лица, на его достоинство. Врач должен уделять особое внимание тому, чтобы пребывание в местах лишения свободы не стало препятствием для получения своевременной и качественной медицинской помощи. Если врач констатирует, что человек, лишенный свободы, стал жертвой насилия или же плохого обращения с ним, он должен уведомить об этом своего работодателя и органы прокуратуры.

Статья 8. Врачебная тайна относится ко всему, что стало известно врачу при выполнении им профессионального долга. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, без разрешения пациента или его законного представителя, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, предусмотренных российским законодательством.

Статья 9. Каждый врач должен постоянно совершенствовать свои медицинские знания и навыки, регулярно принимать участие в образовательных мероприятиях, которые помогают поддерживать их на современном уровне и совершенствовать уровень компетенции и профессионализма. Врач имеет право на повышение квалификации в системе непрерывного медицинского образования на бесплатной основе.

Статья 10. Врач обязан знать существующие стандарты, протоколы, порядки и клинические рекомендации и соблюдать их в зависимости от клинической ситуации и своего профессионального опыта.

Статья 11. Врач должен знать и соблюдать все действующие законы и иные нормативно-правовые акты, имеющие отношение к его профессиональной деятельности.

Статья 12. Врач должен воздерживаться от какой-либо формы рекламы, относящейся к его профессиональной деятельности.

Статья 13. Врач должен доступными ему средствами через СМИ (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.), сеть Интернет (интернет-сайты, интернет-газеты и журналы, форумы и другие формы) пропагандировать здоровый образ жизни. Врач несет всю полноту ответственности за свои действия и советы в указанных средствах информации перед гражданами и медицинским сообществом.

Статья 14. Запрещается всякий стговор, а также коррупционные отношения между врачами и другими физическими и юридическими лицами.

Статья 15. Врачу запрещается мошенничество в любой форме, выдача заведомо ложных заключений.

Статья 16. Врач не должен вмешиваться в семейную и личную жизнь пациента, не имея на то законных оснований.

Статья 17. Деятельность врача имеет личный и социальный характер; каждый врач ответственен за свои решения и действия.

Статья 18. При все возрастающем многообразии и активности современных методов диагностики и лечения каждый врач обязан обеспечить максимальную безопасность оказания медицинской помощи, чтобы снизить риск возникновения ятрогенных заболеваний, действуя в пределах обоснованного риска.

Статья 19. Врач обязан сообщать в уполномоченный орган о выявленных нежелательных эффектах при применении лекарственных препаратов.

Статья 20. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методы и средства оккультного характера.

Статья 21. Каждый врач должен быть честен и откровенен при оформлении историй болезни, написании отчетов, заполнении и подписании форм и других документов.

Статья 22. Врач, привлеченный для осуществления контроля (надзора) в сфере охраны здоровья, не должен вмешиваться в лечебный процесс. В своем отчете врач-эксперт указывает только те данные, которые помогают ответить на поставленные перед ним вопросы.

Статья 23. Врач, на которого возложена функция контроля, должен сохранять конфиденциальность. Сведения, содержащиеся в медицинской документации, составленной врачом-экспертом, не могут быть переданы сторонним организациям, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

Статья 24. Никто не имеет права быть одновременно врачом-экспертом и лечащим врачом в отношении одного и того же случая оказания медицинской помощи.

Статья 25. Врач имеет право на защиту своих прав и интересов. Защита прав врачей в сферах трудовых отношений, социального обеспечения, административной и уголовной ответственности осуществляется при содействии медицинских профессиональных некоммерческих организаций.

Статья 26. Врач Российской Федерации обязан воздерживаться от поступков, способных подорвать авторитет и уважение в обществе к профессии врача.

2. Врач и пациент

Статья 27. При оказании медицинской помощи врач должен помнить, что его профессия — это не бизнес. При организации лечебно-диагностического процесса, включая лекарственное обеспечение, приоритет для врача — оказание необходимой и качественной медицинской помощи, а не извлечение коммерческой выгоды для себя лично и лечебного учреждения, в котором он работает.

Статья 28. Врач должен уважать честь и достоинство пациента и при лечении учитывать все особенности его личности; побуждать пациента заботиться о состоянии здоровья; относиться с уважением к его личной жизни и праву на конфиденциальность.

Статья 29. Если интересы пациента, связанные с его здоровьем или с оказанием ему медицинской помощи, противоречат интересам других лиц, врач обязан отдать предпочтение интересам пациента, если это не причиняет прямого ущерба самому пациенту или окружающим. Врач не вправе препятствовать пациенту, решившему доверить свое дальнейшее лечение другому врачу.

Статья 30. Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Объективная информация о состоянии здоровья пациента дается доброжелательно; план медицинских действий разъясняется в доступной форме, включая преимущества и недостатки существующих методов обследования и лечения, не скрывая возможных осложнений и неблагоприятного исхода.

Статья 31. Врач не должен использовать отсутствие медицинских знаний, страх перед болезнями, доверчивость пациента и свое профессиональное превосходство в целях получения коммерческой выгоды.

Статья 32. Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на партнерской основе и принципах информационной открытости. Врач должен в доступной форме информировать пациента о состоянии его здоровья, возможных изменениях, методах лечения, включая те, с которыми связана определенная доля риска или неуверенность в результате. Врач должен убедиться в том, что пациент удовлетворен полученной информацией.

Статья 33. Если физическое или психическое состояние пациента не допускает возможность доверительных отношений, их следует установить с его законным представителем.

Статья 34. При оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно интересами пациента, знаниями современных методов и технологий лечения с доказанной клинической эффективностью и личным опытом. При возникновении профессиональных затруднений врач обязан обратиться за помощью к коллегам, а также оказать помощь коллегам, обратившимся к нему.

Статья 35. Информированное добровольное согласие или отказ пациента на медицинское вмешательство и любой конкретный его вид должны быть оформлены письменно в соответствии с законодательством и нормативными документами.

Статья 36. Медицинское вмешательство без согласия гражданина или его законного представителя допускается по экстренным показаниям, прежде всего, в случаях: угрозы жизни человека, опасности для окружающих, тяжелых психических расстройств, общественно опасных деяниях (преступлениях) и других состояниях, предусмотренных действующим законодательством.

Статья 37. При любых обстоятельствах врач обязан стремиться к тому, чтобы облегчить страдание пациента; поддержать его морально и избегать неразумной настойчивости в проведении диагностических и лечебных процедур.

Статья 38. При оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или же находящемуся под опекой пациенту врач должен получить согласие родителей ребенка или его законного представителя.

Статья 39. Врач должен защитить права ребенка любым законным способом, если считает, что окружающие плохо понимают проблемы его здоровья или же не берегут его должным образом.

Статья 40. Если врач осознает, что человеку, к которому его вызвали, причинен вред в результате противоправных действий, он должен проинформировать органы внутренних дел о фактах вызовов к таким пациентам в порядке, установленном действующим законодательством, а также по возможности проинформировать иные органы, в компетенцию которых входит защита прав граждан.

Статья 41. Врач обязан облегчить страдания умирающего всеми доступными и легальными способами. Врач обязан помочь пациенту реализовать его право воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религии.

Статья 42. Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

3. Врач и врачебный коллектив

Статья 43. Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательно, быть готовыми бескорыстно передавать свой опыт и знания.

Статья 44. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и благодарность к своим учителям.

Статья 45. Врач обязан делать всё от него зависящее для консолидации врачебного сообщества, активно участвовать в работе профессиональных общественных организаций, защищать честь и достоинство своих коллег. Врачи должны помогать друг другу в беде.

Статья 46. Врач не имеет права допускать как публичных негативных высказываний о своих коллегах и их работе, так и в присутствии пациентов и их родственников. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, доброжелательными и определяться защитой интересов больного.

Статья 47. При участии в диагностическом и лечебном процессе нескольких врачей они должны информировать друг друга о полученных результатах. Каждый врач несет личную ответственность за информированность пациента.

Статья 48. Врачи обязаны с уважением относиться к медицинскому персоналу и представителям иных профессий, принимающим участие в охране здоровья населения и оказании медицинской помощи.

4. Врач и научно-исследовательская деятельность, биоэтика

Статья 49. Этический комитет решает профессионально-этические и профессионально-правовые вопросы, связанные с научно-исследовательской деятельностью при вмешательстве в психическую и физическую целостность человека, а также при использовании материалов или данных, принадлежащих определенному человеку.

Статья 50. Врач, занимающийся научно-исследовательской деятельностью, не должен использовать свои научные знания в ущерб здоровью и безопасности пациента или общества. Интересы науки и общества не могут превалировать над интересами человека.

Статья 51. Планируя эксперимент с участием пациента, врач обязан быть честным и порядочным в своих действиях, сопоставить степень риска причинения ущерба пациенту и возможность достижения предполагаемого положительного результата.

Статья 52. Испытания и эксперименты могут проводиться лишь при условии получения добровольного согласия пациента после предоставления ему полной информации. Пациент имеет право отказаться от участия в исследовательской программе на любом ее этапе.

Статья 53. Новые медицинские технологии и методики, лекарственные и иммунобиологические средства могут применяться в медицинской практике только после одобрения медицинским сообществом и разрешения, оформленного в установленном порядке в соответствии с российским законодательством.

Настоящий Кодекс действует на всей территории Российской Федерации и обязателен для всех врачей, входящих в Российскую медицинскую ассоциацию, ее региональные отделения (филиалы), а также профессиональные объединения, признавшие Этический кодекс врача официально.

Врач, не входящий в профессиональные ассоциации, объединения, может лично принять Этический кодекс врача и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности.

Среди различных нравственных проблем медицинского коллектива очень важны взаимоотношения врачей со средним медицинским персоналом. К сожалению, всё чаще профессии медицинской сестры придают только техническое значение как исполнителя врачебных назначений. А ведь эта профессия — истинное воплощение милосердия. Хороших медсестер надо ценить и уважать. Мы считаем принципиально важным осветить основные положения Этического кодекса медицинской сестры России, чтобы каждый врач знал и уважал изложенное в этом Кодексе. Как было указано на II Всероссийском съезде медицинских сестер (Москва, 2004 г.) и представлено в медико-социальной хартии медицинских сестер РФ, «...все изложенные принципиальные положения настоящей хартии признать как справедливый, обязательный для руководства при осуществлении всех видов государственной, профессиональной и общественной деятельности Договор».

7. КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ВРАЧЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Врачи, медицинские общественные объединения в лице Российской медицинской ассоциации, Государственная Дума Российской Федерации в лице Комитета по охране здоровья, Правительство Российской Федерации в лице Министерства здравоохранения признают необходимым для обеспечения единых подходов во всех сферах и случаях применения и толкования принять настоящее Соглашение (Конвенцию) о правах и обязанностях врачей в Российской Федерации.

I. Основные положения Конвенции

1.1. Врачебная профессия, избираемая по собственному желанию, обретаемая в результате специального высшего медицинского образования с получением диплома и принятия без принуждения профессионального медицинского кодекса — клятвы Гиппократата, предусматривает пожизненное служение людям в виде стремления и действий, направленных на:

- распространение знаний о здоровье, профилактики его расстройств и заболеваний, способов продления жизни;
- предупреждение человека, групп людей и общества в целом об опасностях для здоровья;
- осуществление во всем многообразии форм, методов и, используемых средств профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной медицинской помощи нуждающимся в них людям;
- накопление, применение и передачу специальных медицинских знаний и традиций вновь вступающим в профессию и менее опытным коллегам.

1.2. Врачебная профессия является искусством и ремеслом, а накопленные врачом знания, опыт, освоенные специальные методики и технологии — его интеллектуальной собственностью, являющейся, в свою очередь, источником удовлетворения собственных потребностей, жизнеобеспечения, интеллектуального, профессионального и физического развития, благосостояния, принесения пользы другим людям, обществу и государству, но не может быть целью, источником и средством наживы, власти, ущемления прав других людей, преднамеренного нанесения им ущерба, а также нарушения действующих законов и правил.

1.3. Профессиональная медицинская врачебная деятельность осуществляется в пределах, предусмотренных законом, созданных обществом и регламентированных государственными стандартами условий, на основе и с использованием научно обоснованных подходов, методов, технологий, лекарственных средств, материалов и оборудования, в соответствии с договорами и лицензиями, а при нестандартных и чрезвычайных ситуациях — на основе собственных решений врача, руководствуясь исключительно интересами пациента, используя все доступные ресурсы и имея готовность нести полную ответственность по закону за принятые решения и осуществляемые действия.

1.4. Врачебная профессия предусматривает вероятность

непреднамеренной ошибки и профессионального риска, без признания которых не могут в полной мере быть использованы все возможности предупреждения расстройств здоровья и болезней, лечения заболевших людей, спасения человеческих жизней в критических ситуациях.

1.5. Профессиональная врачебная деятельность может эффективно осуществляться и давать ожидаемые результаты в адекватных (в том числе специально созданных) условиях (законы, стандарты, информация, непрерывное последипломное образование, финансирование, материально-техническое и лекарственное обеспечение, специальное оснащение, государственное и общественное содействие).

1.6. Профессиональная врачебная деятельность регулируется, регламентируется, оценивается, контролируется, поощряется, ограничивается и приостанавливается в предусмотренных законами случаях и формах, на основе системы государственно-общественного управления здравоохранением и профессиональной медицинской деятельности, а административные решения и действия могут быть применены к врачу или к результатам его профессиональной деятельности только с учетом экспертизы общественных медицинских организаций (Всероссийской врачебной палаты, Российской медицинской ассоциации, профильных медицинских ассоциаций, Национального этического комитета), а также на основании решений суда.

1.7. Никто и ни при каких обстоятельствах и условиях не может препятствовать врачу в осуществлении профессиональной медицинской деятельности, кроме полномочных представителей органов федерального или муниципального управления здравоохранением, общественных медицинских организаций, а также не менее трех коллег, единодушно вынесших и должным образом письменно оформивших решение об ошибочности или опасности действий врача для пациента или общества.

1.8. Обязательства врачей перед пациентами, государством и обществом, а также последних перед врачами определяются исходя из положений Медико-социальной хартии Российской Федерации, принятой на IV (XX) Всероссийском Пироговском съезде врачей (2001 г.), и законодательства Российской Федерации.

II. Права врачей в Российской Федерации

В Российской Федерации врачи имеют право:

2.1. Осуществлять профессиональную медицинскую деятельность в соответствии с законами Российской Федерации, признанными (ратифицированными) в Российской Федерации международными конвенциями и декларациями, государственными стандартами, ведомственными нормативами, со своей специальностью и лицензией, в медицинских учреждениях всех профилей и форм собственности на основе договоров, или заниматься частной медицинской практикой.

2.2. При осуществлении профессиональной медицинской деятельности в пределах обоснованной необходимости и с согласия пациента осуществлять наружный осмотр и доступное внутреннее исследование тела пациента, в том числе с применением специальных инструментов; получать и анализировать

сведения об условиях жизни пациента, его взаимоотношениях с другими людьми, о характере и составе его питания, естественных отправлениях и сексуальной сфере, предварительно уведомив о своих обязательствах сохранения в тайне всей полученной информации.

2.3. Осуществлять всё многообразие специальных диагностических исследований, лечебных действий и вмешательств, назначать все разрешенные к применению вещества и лекарственные средства, осуществлять контроль их действия при условии необходимости указанного для установления правильного диагноза, лечения основного и сопутствующих заболеваний, отсутствия влияния на сознание и волю, исключая вторжение в сферу религиозных, этических, нравственных, национальных ценностей и прав человека.

2.4. Принимать решения и организовывать изоляцию пациента, в том числе против его воли, в тех случаях, когда иное представляет угрозу для здоровья и жизни других людей (опасные инфекционные болезни, психические расстройства).

2.5. Использовать все принадлежащие обществу и доступные ресурсы (информационные, технические, энергетические, транспортные и другие) в той мере, в которой они необходимы для сохранения здоровья и жизни, лечения заболеваний, облегчения страданий человека.

2.6. На личном врачебном бланке выписывать любые разрешенные к применению на территории РФ лекарственные вещества, средства и препараты.

2.7. Оформлять документы по временной нетрудоспособности, по временному или полному отстранению пациентов от занятий тем или иным трудом, в тех или иных условиях.

2.8. Обращаться с просьбой, а в особых случаях — и с требованием оказания содействия в любое учреждение, к любому должностному или частному лицу, если это обусловлено интересами пациента или общества.

2.9. Отказываться от обследования или проведения медицинских вмешательств в таких условиях, когда риск превышает необходимость в медицинской помощи, а также в тех случаях, когда имеется возможность выполнения рискованных вмешательств более опытным специалистом.

2.10. Отказываться от применения медицинских знаний, технологий и средств с целью насильственного воздействия на волю, психическое или физическое состояние человека при отсутствии медицинских показаний, независимо от кого исходит такое требование.

2.11. Получать справедливое вознаграждение за свой труд в любой, предусмотренной законами Российской Федерации, форме и без ограничений размеров дохода.

2.12. Состоять в профессиональных медицинских объединениях (Всероссийской врачебной палате, Российской медицинской ассоциации, региональных и профильных ассоциациях и научно-практических обществах), реализуя через участие в их работе свою гражданскую и профессиональную активность, участие в управлении профессиональной медицинской деятельностью.

2.13. Беспрепятственного и адекватного доступа к мировой и российской научно-технической и медицинской информации, включая специальные периодические издания и ресурсы Интернета.

2.14. Состоять в профсоюзах медицинских работников и

беспрепятственно участвовать в проводимых ими мероприятиях. За счет средств работодателя и на собственные средства получать непрерывное последипломное образование, повышение квалификации, осваивать новые медицинские технологии и приобретать смежные специальности.

2.15. Участвовать в научных, практических съездах, конференциях, симпозиумах, в собраниях медицинских общественных организаций, ассоциаций и обществ.

2.16. Состоять в членах и руководящих органах любых общественных, политических, религиозных и других организаций, за исключением тех, чьи цели и действия несовместимы с общественным положением и гуманистическим предназначением врачебной профессии.

2.17. Получать медицинскую помощь в необходимом объеме и приоритетно в том лечебно-профилактическом учреждении, в котором работает, а также на основе межучрежденческих договоренностей в других специализированных учреждениях здравоохранения.

2.18. Осуществлять научно-исследовательскую работу с использованием материалов собственных наблюдений и по согласованию с администрацией учреждения или органами управления здравоохранением, а также с коллегами — других материалов, в том числе путем совмещения работы с учебой в аспирантуре или докторантуре.

2.19. Выдвигаться и быть избранным в органы государственной власти и управления, в руководящие органы Всероссийской врачебной палаты, ассоциаций и обществ.

2.20. Получать пенсию, в том числе из негосударственных пенсионных фондов, в установленном законом порядке и сроки, в том числе по желанию и по соглашению с администрацией, не прекращая профессиональной деятельности.

2.21. Получать льготы и надбавки к оплате труда и к пенсии, если это предусмотрено законом и связано с особыми условиями труда.

2.22. Быть представленным и удостоенным государственных, международных или общественных наград, званий и иных знаков отличия за достижения и вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки, медицинского образования и общественный прогресс.

III. Обязанности врача

При осуществлении профессиональной медицинской деятельности врач обязан:

3.1. Работать в практическом здравоохранении после получения диплома не менее половины того срока, который продолжалось обучение в высшем медицинском учебном заведении, рассматривая это как свой моральный, гражданский, профессиональный долг, как возврат обществу кредита, как дань долга своим учителям, если не принято решения или нет условий для продолжения последипломного очного обучения.

3.2. Осознавая свое особое общественное положение, корпоративную честь и ответственность, своим поведением, внешним обликом, словами, намерениями и действиями, отношением к людям добиваться признания, почтения и уважения к себе и к врачебному сословию.

3.3. Воздерживаться от слов, намерений и действий, не совместимых с этическими, нравственными и профессиональными принципами медицины.

3.4. При каждом подходящем случае, обращаясь к каждому человеку, неустанно и последовательно, во всех приемлемых и достигающих цели формах проповедовать, что основное и важнейшее предназначение врача заключается в обучении людей сохранять здоровье, а только потом — в лечении тех, кого не удалось научить этому.

3.5. В любых обстоятельствах и условиях, где бы ни находился и какими бы делами ни занимался, быть в постоянной готовности оказания профессиональной медицинской помощи нуждающимся в ней людям, используя для этого все доступные возможности и средства.

3.6. Приступая к оказанию медицинской помощи, рассматривать нуждающегося в ней человека как единственную цель сосредоточения и применения ума, знаний, умений, опыта, профессионализма, сострадания и милосердия, труда и ответственности. Использовать все имеющиеся возможности и средства для сохранения здоровья и жизни, облегчения страданий и боли, предупреждения возникновения заболеваний, установления правильного диагноза, проведения адекватного лечения, восстановления нарушенных болезнью функций у всех обратившихся за медицинской помощью людей или у вверивших врачу наблюдение за состоянием своего здоровья.

3.7. Непрерывно, систематически пополнять свои профессиональные знания, повышать профессионализм, накапливать опыт и бескорыстно передавать их коллегам, и особенно — вновь вступающим в медицинскую профессию.

3.8. Не иметь намерений и не осуществлять действий, в том числе с использованием лекарственных средств и медицинских технологий, которые могут нанести ущерб состоянию здоровья и угрожать жизни человека.

3.9. Оказывать медицинскую помощь пациентам без разделения их по сословиям, благосостоянию, полу, национальностям, расам, вероисповеданиям, политическим и иным признакам в полном объеме, в соответствии со стандартами и без предварительного условия «медицинская помощь в обмен на деньги».

3.10. Не использовать вынужденного положения пациента и временной зависимости для получения с его помощью дополнительных благ и привилегий, должностей и званий, высоких гонораров и других личных почестей и выгод.

3.11. Сохранять в тайне всю информацию о пациенте, имея в виду возможность прямого и опосредованного нанесения ущерба ее разглашением, за исключением тех особых случаев, когда это может нанести ущерб здоровью и угрожать жизни других людей.

3.12. Нести полную ответственность в соответствии с законами за принимаемые решения и осуществляемые действия в профессиональной медицинской деятельности.

3.13. Взаимодействовать лично или путем участия в общественных медицинских объединениях с органами государственной власти и управления, с учреждениями и предприятиями, с должностными лицами и правоохранительными органами для создания условий предупреждения болезней, лечения заболевших или пострадавших в чрезвычайных ситуациях людей.

3.14. Использовать все возможности для пропаганды по каналам средств

массовой информации и коммуникаций преимущества здорового образа жизни и формировать потребность в нем у каждого человека и населения в целом.

3.15. Рационально и экономно использовать ресурсы (финансовые, материально-технические, энергетические и другие) при проведении диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

3.16. Не участвовать в рекламе лекарственных средств, биологически активных веществ, не разрешенных к применению технологий, инструментов и оборудования.

3.17. Не выполнять посреднических услуг за вознаграждение для повышения потребительского спроса у пациентов на дорогостоящие лекарственные препараты, продукты питания, биодобавки, на всякого рода псевдонаучные способы и методы «исцеления».

3.18. Не предлагать пациентам без достаточных оснований дорогостоящих высокотехнологичных и травматичных методов лечения и оперативных вмешательств.

3.19. Не вступать с пациентами в непосредственные денежные отношения, отдавая предпочтение при оказании, платных медицинских услуг посредничеству учреждений или специальных агентов.

3.20. Платить налоги со всех доходов от профессиональной медицинской деятельности.

3.21. Осуществлять профессиональное и межличностное взаимодействие с коллегами и вспомогательно-техническим персоналом в интересах обеспечения наилучших результатов диагностики и лечения заболеваний у пациентов.

3.22. Чтить своих учителей и творчески следовать их советам и рекомендациям, учитывая при этом новейшие достижения в медицине и в других областях знаний.

3.23. Активно привлекать в профессию способных и обладающих необходимыми морально-нравственными качествами молодых людей, включая и собственных детей.

IV. Настоящая *Конвенция о правах и обязанностях врачей в Российской Федерации* принимается, уточняется, дополняется, изменяется и признается не действующей решениями высших профессиональных медицинских форумов страны — Всероссийских Пироговских съездов врачей — после непременно предшествующего опубликования этих изменений и с учетом мнений всех врачей Российской Федерации.

V. Настоящая *Конвенция о правах и обязанностях врачей в Российской Федерации* может входить полностью или отсылочной нормой в законодательные и подзаконные акты, использоваться при разработке стандартов и нормативов, ведомственных и учрежденческих документов, публиковаться и тиражироваться без каких-либо ограничений при сохранении целостности содержания и внесенных в последующем дополнений и изменений.

VI. Каждый врач Российской Федерации в любое время и в любой форме имеет право вносить на рассмотрение поправки, дополнения и изменения в *Конвенцию о правах и обязанностях врачей в Российской Федерации*.

8. КОДЕКС ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации
(принят I Национальным съездом врачей Российской Федерации, Москва,
5 октября 2012 г.)

«Вступая в члены медицинского сообщества:

- я торжественно обязуюсь посвятить свою жизнь служению идеалам гуманности;
- я буду отдавать моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают; я буду исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством;
- здоровье моего пациента будет моей первой наградой;
- я буду уважать доверенные мне тайны, даже после смерти моего пациента;
- я буду поддерживать всеми моими силами честь и благородные традиции медицинского сообщества; мои коллеги станут моими братьями и сестрами; я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической, национальной или расовой принадлежности, партийно-политической идеологии, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом; я буду проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности;
- я принимаю на себя эти обязательства торжественно, свободно и честно».

9. УТВЕРЖДЕНЫ НОВЫЕ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДРАБОТНИКАМ

С 22 марта 2016 г. введен в действие приказ Минздрава России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (далее – приказ № 83н).

Документ определяет квалификационные требования к уровню образования и виду дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка и/или повышение квалификации) медицинских и фармацевтических работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

В приложении к приказу к каждой специальности Номенклатуры специальностей, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 № 176н, определена образовательная траектория, необходимая для получения сертификата специалиста по данной специальности – уровень требуемого основного и дополнительного профессионального образования.

Также определены должности, которые вправе занимать медицинские работники при наличии сертификата специалиста по конкретной специальности, полученной в соответствии с закрепленной приказом образовательной траекторией.

Отдельно зафиксирована обязанность проходить повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

Издание приказа № 83н стало шагом на пути к комплексному преобразованию системы подготовки и допуска медицинских работников к медицинской деятельности.

Так, с 1 января 2016 г. вступила в силу ст. 69 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ). По этой статье право на осуществление медицинской деятельности будут иметь только те медицинские и фармацевтические работники, которые получили свидетельство об аккредитации специалиста. Для внедрения процедуры аккредитации специалиста 29 декабря 2015 г. принят Федеральный закон № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», которым внесены изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ.

Минздрав России уполномочен организовывать процедуру аккредитации специалиста, определять этапность перехода к этой процедуре, формировать аккредитационные комиссии с участием профессиональных некоммерческих организаций и утверждать положение об аккредитации специалиста, порядка выдачи, формы и технических требований к свидетельству об аккредитации специалиста.

Ожидается, что в отношении медработников со средним специальным образованием правила аккредитации будут действовать с середины 2018 г.

Минздрав России готовит документы, которые повлияют на подготовку сестринского персонала медицинских организаций.

Речь идет о разработке примерных дополнительных профессиональных программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации в соответствии с приказом № 83н. При этом учитываются основные положения приказа Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541 н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”» и разрабатываемые проекты профессиональных стандартов специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Такие программы разрабатываются совместно Департаментом медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России и Всероссийским учебно-научно-медицинским центром по непрерывному образованию Минздрава России при участии профессионального сообщества. Программы после утверждения приказами Минздрава России пройдут процедуру обязательной регистрации в Минюсте России и будут действовать на всей территории Российской Федерации.

Понятия «усовершенствование» и «специализация» не регламентированы Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Поэтому пока до утверждения примерных дополнительных профессиональных программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации медицинским колледжам следует руководствоваться нормами приказа Минздрава России от 05.06.1998 № 186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в части реализации дополнительных профессиональных программ повышения квалификации.

В итоге принимаемые Минздравом России меры позволят выработать единые требования к подготовке и уровню квалификации медицинских работников.

ПРИКАЗ
Минздрава России
от 10.02.2016 № 83н

Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием

В соответствии с пунктом 5.2.2 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2013, № 16, ст. 1970; № 20, ст. 2477; № 22, ст. 2812; № 33, ст. 4386; № 45, ст. 5822; 2014, № 12, ст. 1296; № 26, ст. 3577; № 30, ст. 4307; № 37, ст. 4969; 2015 № 2 ст. 491; № 12, ст. 1763; ^ 23, ст. 3333; 2016, № 2, ст. 325), приказываю:

Утвердить Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием согласно приложению.

Министр В.И. СКВОРЦОВА
Приложение к приказу Минздрава России
от 10.02.2016 № 83н

Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием

Специальность "Акушерское дело"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Акушерское дело" при наличии среднего профессионального образования по специальности "Лечебное дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Акушер (акушерка), старший акушер (старшая акушерка), заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - акушер
Специальность "Анестезиология и реаниматология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Анестезиология и реаниматология" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра - анестезист, старшая медицинская сестра
Специальность "Бактериология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лабораторная диагностика", "Медико-профилактическое дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Бактериология" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лабораторная диагностика", "Медико-профилактическое дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), лаборант (для лиц, имеющих среднее профессиональное образование по специальности "Лабораторная диагностика");
	медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), лаборант (для лиц, имеющих среднее профессиональное образование по специальности "Медико-профилактическое дело")
Специальность "Гигиеническое воспитание"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело", "Медико-профилактическое дело"

Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Гигиеническое воспитание" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело", "Медико-профилактическое дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Инструктор по гигиеническому воспитанию, помощник врача по гигиеническому воспитанию
Специальность "Гигиена и санитария"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Медико-профилактическое дело"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности по специальности "Гигиена и санитария"
Должности	Помощник врача по гигиене детей и подростков, помощник врача по гигиене питания, помощник врача по гигиене труда, помощник врача по коммунальной гигиене, помощник врача по общей гигиене, помощник врача по радиационной гигиене
Специальность "Гистология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Лабораторная диагностика"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Гистология" при наличии среднего профессионального образования по специальности "Лабораторная диагностика"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), лаборант
Специальность "Дезинфекционное дело"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Медико-профилактическое дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Дезинфекционное дело" при наличии среднего профессионального образования по специальности "Медико-профилактическое дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Инструктор-дезинфектор
Специальность "Диетология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Диетология" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности

Должности	Заведующий молочной кухней, медицинская сестра диетическая
Специальность "Лабораторное дело"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Медико-профилактическое дело", "Лабораторная диагностика"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Лабораторное дело" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Медико-профилактическое дело", "Лабораторная диагностика"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), лаборант (для лиц, имеющих среднее профессиональное образование по специальности "Лабораторная диагностика");
	медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), лаборант (для лиц, имеющих среднее профессиональное образование по специальности "Медико-профилактическое дело")
Специальность "Лабораторная диагностика"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Лабораторная диагностика"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), лаборант
Специальность "Лечебное дело"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Фельдшер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшер, заведующий здравпунктом - фельдшер, заведующий кабинетом медицинской профилактики - фельдшер, фельдшер по приему вызовов скорой медицинской помощи и передачи их выездным бригадам скорой медицинской помощи
Специальность "Лечебная физкультура"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Лечебная физкультура" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Инструктор по лечебной физкультуре, старшая медицинская сестра
Специальность "Медицинский массаж"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело", "Медицинский

образования	массаж" (для лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Медицинский массаж" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра по массажу, старшая медицинская сестра
Специальность "Медицинская оптика"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Медицинская оптика"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинский оптик-оптометрист
Специальность "Медицинская статистика"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело", "Медико-профилактическое дело", "Лабораторная диагностика", "Стоматология", "Стоматология ортопедическая", "Стоматология профилактическая"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Медицинская статистика" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело", "Медико-профилактическое дело", "Лабораторная диагностика", "Стоматология", "Стоматология ортопедическая", "Стоматология профилактическая"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинский статистик
Специальность "Медико-социальная помощь"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Медико-социальная помощь" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра медико-социальной помощи
Специальность "Наркология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Наркология" при наличии среднего профессионального образования по специальности "Лечебное дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Фельдшер-нарколог

Специальность "Общая практика"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Общая практика" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра врача общей практики (семейного врача)
Специальность "Операционное дело"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Операционное дело" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Операционная медицинская сестра, старшая операционная медицинская сестра
Специальность "Организация сестринского дела"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Организация сестринского дела" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа, заведующий молочной кухней, главная медицинская сестра, главный фельдшер, главная акушерка
Специальность "Реабилитационное сестринское дело"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Реабилитационное сестринское дело" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра по реабилитации, старшая медицинская сестра
Специальность "Рентгенология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело", "Стоматология", "Стоматология ортопедическая", "Стоматология профилактическая", "Медико-профилактическое дело", "Лабораторная диагностика"
Дополнительное	Профессиональная переподготовка по специальности "Рентгенология" при

профессиональное образование	наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело", "Стоматология", "Стоматология ортопедическая", "Стоматология профилактическая", "Медико-профилактическое дело", "Лабораторная диагностика"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Рентгенолаборант
Специальность "Сестринское дело"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Сестринское дело" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра, старшая медицинская сестра, медицинская сестра палатная (постовая), медицинская сестра процедурной, медицинская сестра перевязочной, медицинская сестра участковая, медицинская сестра приемного отделения, медицинская сестра патронажная, медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи, медицинская сестра стерилизационной, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - медицинская сестра, заведующий здравпунктом - медицинская сестра, заведующий кабинетом медицинской профилактики - медицинская сестра
Специальность "Сестринское дело в педиатрии"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Сестринское дело в педиатрии" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра, старшая медицинская сестра, медицинская сестра палатная (постовая), медицинская сестра процедурной, медицинская сестра перевязочной, медицинская сестра участковая, медицинская сестра приемного отделения, медицинская сестра патронажная, заведующий кабинетом медицинской профилактики - медицинская сестра
Специальность "Сестринское дело в косметологии"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Сестринское дело в косметологии" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности

Должности	Медицинская сестра по косметологии, старшая медицинская сестра
Специальность "Скорая и неотложная помощь"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Скорая и неотложная помощь" при наличии среднего профессионального образования по специальности "Лечебное дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Фельдшер скорой медицинской помощи, старший фельдшер, фельдшер по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи
Специальность "Стоматология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Стоматология"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Зубной врач
Специальность "Стоматология профилактическая"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Стоматология профилактическая"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Гигиенист стоматологический
Специальность "Стоматология ортопедическая"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Стоматология ортопедическая"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Зубной техник, старший зубной техник, заведующий производством учреждений (отделов, отделений, лабораторий) зубопротезирования
Специальность "Судебно-медицинская экспертиза"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Лабораторная диагностика"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Судебно-медицинская экспертиза" при наличии среднего профессионального образования по специальности "Лабораторная диагностика"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), лаборант

Специальность "Фармация"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Фармация"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Фармацевт, младший фармацевт, старший фармацевт
Специальность "Физиотерапия"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Физиотерапия" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра по физиотерапии, старшая медицинская сестра
Специальность "Функциональная диагностика"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Функциональная диагностика" при наличии среднего профессионального образования по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Медицинская сестра, старшая медицинская сестра
Специальность "Эпидемиология (паразитология)"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Медико-профилактическое дело"
Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности по специальности "Эпидемиология (паразитология)"
Должности	Помощник врача-эпидемиолога, помощник врача-паразитолога
Специальность "Энтомология"	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности "Медико-профилактическое дело"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Энтомология" при наличии среднего профессионального образования по специальности "Медико-профилактическое дело"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Помощник энтомолога

10. О ПРИМЕНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В СФЕРЕ ТРУДА

В соответствии с пунктом 3 статьи 1 Федерального закона от 2 мая 2015 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статьи 11 и 73 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»» Трудовой кодекс Российской Федерации дополнен статьей 195.3 «Порядок применения профессиональных стандартов».

Согласно положениям статьи 195.3 Трудового кодекса Российской Федерации (далее - Кодекс) характеристики квалификации, которые содержатся в профессиональных стандартах и обязательность применения которых не установлена Кодексом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ, применяются работодателями в качестве основы для определения требований к квалификации работников с учетом особенностей выполняемых работниками трудовых функций, обусловленных применяемыми технологиями и принятой организацией производства и труда.

Статьей 4 Федерального закона установлено право Правительства Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений устанавливать особенности применения профессиональных стандартов в части требований, обязательных для применения государственными внебюджетными фондами Российской Федерации, государственными или муниципальными учреждениями, государственными или муниципальными унитарными предприятиями, а также государственными корпорациями, государственными компаниями и хозяйственными обществами, более пятидесяти процентов акций (долей) в уставном капитале которых, находится в государственной собственности или муниципальной собственности.

Статьей 5 названного Федерального закона установлена дата вступления в силу - 1 июля 2016 г.

В соответствии с пунктом 25 Правил разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 (в редакции от 23 сентября 2014 г. № 970), профессиональные стандарты применяются работодателями при формировании кадровой политики и в управлении персоналом, при организации обучения и аттестации работников, разработке должностных инструкций, тарификации работ, присвоении тарифных разрядов работникам и установлении систем оплаты труда с учетом особенностей организации производства, труда и управления.

Таким образом, для кадровых служб и работодателей иных организаций, кроме вышеуказанных, в отношении которых могут быть определены особенности применения профессиональных стандартов, при установлении квалификационных и профессиональных требований к соискателям и работникам профессиональные стандарты являются ориентирами и могут применяться в части наименования должностей, профессий и специальностей, определения трудовых функций, требований к образованию и опыту работы с учетом особенностей, обусловленных технологией и организацией производства и труда у данного работодателя.

Обращаем Ваше внимание, что согласно части 2 статьи 57 Кодекса наименование в трудовых договорах должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках либо профессиональных стандартах, если Трудовым кодексом Российской Федерации, иными федеральными законами предусмотрено право работников на предоставление им компенсаций, льгот или каких-либо ограничений при работе в таких должностях (по профессиям, специальностям).

Таким образом, в этом случае при составлении штатного расписания, при заполнении трудовой книжки работника, а также при изменении тарифного разряда в части наименования должности работника следует руководствоваться действующими в настоящее время Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий рабочих, Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих и профессиональными стандартами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов Ю.Ю. «Теория сестринского дела». Учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки Сестринское дело. Краснодар, 2014.-121с.
2. Журнал «Главная медицинская сестра». – 2016. - №5.
3. [Сагитова Г., Мирошников В., Колесникова Г.](#) Клинический этикет. Учебное пособие Издательство: Феникс, - 2016, с. 124
4. Степанов В.В. О состоянии научных исследований по организации работы среднего медицинского персонала // Главная медицинская сестра. — 2006. — № 1.
5. Фурсова Т.Н., Камынина Н.Н., Скачкова Е.И., Соловьева Н.А., Шубина Л.Б., Бражников А.Ю. Организация и проведение исследований в сестринском деле: учебно-методическое пособие. — М.: Медицина для всех, 2007.