

## МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

*Исполняющая обязанности*

*главного редактора*

**Федотова Лариса Александровна**

*Редакционная коллегия:*

**Ю. К. Абаев** (зам. главного редактора)

**Е. М. Бильдюк** (отв. секретарь)

**Л. И. Алехнович**

**А. А. Астапов**

**И. В. Василевский**

**Ю. Г. Дегтярев**

**Н. И. Доста**

**Л. Э. Кузнецова**

**А. Е. Кулагин**

**Г. В. Кулагина**

**Т. В. Матвейчик**

**В. К. Милькаманич**

**В. Г. Панкратов**

**С. М. Русак**

**Н. Ф. Сивец**

**Р. А. Часнойть**

**В. П. Шиманович**

**С. Ф. Южик**

Адрес редакции: ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск  
Телефон +375 17 226-21-48. E-mail: medznania@tut.by  
<http://www.medsestra.by>

Подписные индексы:

*для организаций — 749062*

*для индивидуальных подписчиков — 74906*

Стиль-редактор **Е. М. Бильдюк**

Компьютерная верстка **С. А. Шуляк**

Свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 563 от 20.07.2009, выданное Министерством информации Республики Беларусь

Подписано в печать 01.02.2021

Тираж 1486 экз.

Заказ

Государственное предприятие

«СтройМедиаПроект».

ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.

Ул. В. Хоружей, 13/61, 220123, г. Минск

При использовании материалов журнала ссылка на «Медицинские знания» обязательна.

© Учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение», 2021

Научно-практический журнал

для специалистов

со средним

медицинским

образованием

1(133)

январь – февраль, 2021

Издается с 1999 года

Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

### СОДЕРЖАНИЕ

От редакции \_\_\_\_\_ 2

Тема номера

**О. В. Харевич**

Профилактические мероприятия по улучшению качества жизни проживающих в психоневрологических домах-интернатах в условиях пандемии COVID-19 \_\_\_\_\_ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

**В. К. Милькаманич**

Бобат-терапия: физиологические и технологические аспекты в реабилитации лиц с нарушениями движения \_\_\_\_\_ 10

Сестринское дело

**С. Ф. Южик**

Сестры на страже здоровья населения.

Состояние сестринского дела в мире \_\_\_\_\_ 15

История, факты, события

**Ю. К. Абаев**

Медицина в эпоху постмодерна \_\_\_\_\_ 24

Обмен опытом

**С. М. Русак**

Меры по охране психического здоровья

и благополучия во время COVID-19 \_\_\_\_\_ 28

Школа само- и взаимопомощи

**В. К. Милькаманич**

Как помочь членам семьи умершего пациента

пережить тяжелую утрату \_\_\_\_\_ 30

## Дорогие коллеги!

Профессия медика – жертвенная. Постоянная борьба за здоровье и жизнь человека, бессонные ночи и волнения не проходят бесследно. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – состояние физического и психического истощения вследствие продолжительного воздействия различных профессиональных факторов, все чаще наблюдается у медработников. Символ медицины, предложенный голландским врачом Н. ван Тульпом (1599–1674), – горящая свеча и девиз «Aliis lucens utro» («Светя другим, сгораю сам») – уже не воспринимается как аллегория.

Хотя стресс в определенной степени физиологичен и является нормальным компонентом обыденной жизни, длительный стресс деструктивен. Выделяют несколько групп симптомов, характерных для СЭВ: 1) физические (усталость); 2) психические (пессимизм, безразличие, бессонница, агрессивность, раздражительность, чувство одиночества); 3) поведенческие (формальное отношение к работе, желание отдохнуть, безразличие к еде, курение, употребление алкоголя, лекарств); 4) социальные (низкая социальная активность, апатия, падение интереса к жизни, контакты ограничены работой, ощущение изоляции, недостаточности поддержки со стороны семьи, друзей, коллег).

Развитию СЭВ способствует давление социальных норм, предписывающих медикам жесткие стереотипы эмоционального реагирования, – быть сдержанным, заботливым, сочувствующим. Выгорание никогда не возникает без собственного вклада. Профессионализм, терпение и сострадание – вот качества, которые всегда отличали медицинских работников. Врач, фельдшер, медсестра зачастую переоценивают свою лепту в развитие профессиональных трудностей, «нагружают» себя идеями перфекционизма, катастрофизации последствий при неудачах, недооценивая предыдущий позитивный опыт в работе. Следует подчеркнуть, что ключевую роль в развитии СЭВ играют эмоционально затрудненные отношения в системе «человек – человек», например между медиком и пациентом, руководителем и подчиненным.

Чаще всего СЭВ наблюдается у медиков с небольшим стажем (до 5 лет), работающих с тяжелыми, хроническими, неизлечимыми или умирающими пациентами психиатрического, онкологического, кардиологического, пульмонологического профиля. Реже – среди тех, кто оказывает помощь непродолжительное время или при болезни преимущественно с благоприятным прогнозом (акушерство, хирургия, офтальмология). У медицинских работников государственной системы здравоохранения частота СЭВ выше, чем среди персонала коммерческих лечебных учреждений. В целом депрессия у медработников отмечается в три раза чаще, чем в общей популяции населения, треть из них используют лекарства для коррекции эмоционального напряжения, а число употребляющих алкоголь и совершающих суициды превышает средний уровень.

Однако последствия СЭВ – это не только депрессия и психозы, но и сердечно-сосудистые, кожные, желудочно-кишечные, иммунные и другие заболевания. На протяжении первых трех лет воздействия стресс-факторов преобладают острые состояния и реакции (психозы, инфаркты), возрастает частота хронических болезней (ишемическая болезнь сердца, иммунные заболевания и др.). Увы, профессия медработника терпит неудачу в стремлении преодолеть болезни у тех, кого считают профессионалами в оказании помощи другим. Страдают не только медики, но и их родственники, коллеги и пациенты. СЭВ – один из источников снижения качества медицинской помощи.

Для профилактики СЭВ рекомендуется использовать тайм-аут на работе, навыки саморегуляции (релаксация, самовнушение), профессионально развиваться (курсы повышения квалификации, конференции, семинары), уходить от ненужной конкуренции, вести здоровый образ жизни (физкультура, рациональное питание, отказ от вредных привычек).

К сожалению, информированность медиков о СЭВ оставляет желать лучшего. В медицинских колледжах и вузах не обучают тому, как заботиться о себе и справляться с неизбежным стрессом. Внимание к своему здоровью – это часть профессиональной культуры, и относиться к нему необходимо с такой же заботой, как и к здоровью своих пациентов. Чем раньше будущие медики узнают, чем характеризуется и как возникает СЭВ, тем легче будет избежать профессионального выгорания.

Эффективное противодействие СЭВ – доброжелательное отношение друг к другу и положительные эмоции. Их дефицит испытывает каждый. Воспользуемся советом монахини матери Терезы – символа милосердия XX в., которая всю жизнь помогала жителям трущоб и получила за эту благородную работу Нобелевскую премию мира: «Каждый человек хочет любить и быть любимым, знать, что он кому-то нужен, что его кто-то может назвать своим. А у нас не хватает времени даже на то, чтобы взглянуть друг на друга. Поэтому добрая улыбка – великий дар, сочувствие же – дар бесценный. Порой не так уж много надо человеку, чтобы в его жизни появилась радость, часто бывает достаточно лишь прикосновения чьей-то теплой руки».

Зам. главного редактора  
профессор

Ю. К. Абаев



*Магистр реабилитологии О. В. Харевич*

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРОЖИВАЮЩИХ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

*Республиканский институт повышения квалификации и переподготовки работников  
Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь*

Весь мир сейчас озабочен проблемой распространения нового вируса COVID-19, или коронавируса. В декабре 2019 г. в китайском городе Ухань, расположенном на расстоянии 1100 км от Пекина, появились заболевания нетипичной пневмонией. Заболевшие также были выявлены в Пекине, Шанхае и в провинции Гуандун. Постепенно заболевание начало распространяться в другие страны: Таиланд, Японию, Южную Корею, США, Сингапур, Австралию, Францию, Канаду. Количество больных стремительно растет. По состоянию на 6 ноября 2020 г. число заболевших во всем мире превысило 48 млн человек.

Коронавирусная инфекция имеет достаточно изощренный метод проникновения в клетки организма. Поверхностные белковые «шипики» на границе вирусной частицы имитируют полезные для клетки вещества (рис. 1). Их ошибочно распознают трансмембранные рецепторы клетки и дают «разрешение» на вход. Имунная система при этом не реагирует на проникновение вируса, так как она не видит основной атаковать неопасный для организма материал.

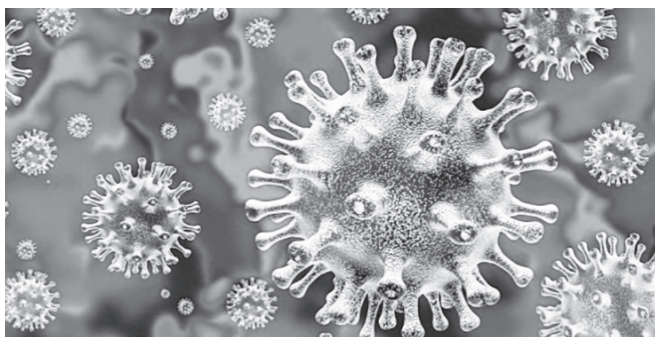


Рис. 1. Вирусная частица

SARS-CoV-2 в этом отношении имеет более выгодные условия для входа в клетку. Хотя он более заразен, но зачастую не приводит к катастрофе на уровне клеток и органов – тяжелое течение, как правило, связано с обострением и ухудшением имеющихся хронических заболеваний на фоне болезни.

После прикрепления к клетке вирус продавливает клеточную оболочку и вводит в ее цитоплазму свою РНК. Далее запускается сборка белков и готовых вирусных образований. После формирования

вирусного нуклеокапсида готовые вирусы покидают клетку, сливаясь с внешней мембраной, а сама клетка погибает.

Во внешней среде стандартные штаммы коронавируса не отличаются устойчивостью: их большая часть погибает в течение нескольких часов. При благоприятных условиях эти вирусы могут прожить до 2 суток. Они высокочувствительны к бытовым дезинфектантам (гибнут за 2 мин), высушиванию, солнечной радиации, нагреванию выше 56 °С (теряют свою активность за 10–15 мин).

Более патогенными и жизнестойкими вирусами являются MERS-CoV, SARS-CoV, SARS-CoV-2:

- при комнатной температуре они могут сохраняться до 7 суток в жидкой мокроте, до 3 – на пластике и нержавеющей стали, до 1 суток – на картоне, до 4 ч – на меди;
- при оптимальных условиях могут сохраняться до 3 ч в форме аэрозоля, до 4 суток – в моче и фекалиях;
- при замораживании вирусы сохраняются до 3 недель;
- небольшое нагревание (выше 56 °С) уничтожает их не более чем за полчаса, 70%-й спирт и 0,5%-й раствор перекиси водорода – за 1 мин;

Солнечное ультрафиолетовое излучение сокращает жизненный цикл таких вирусов, но не приводит к их быстрой инактивации (потери активности). Кварцевание уничтожает вирусы эффективнее естественного ультрафиолета, но его можно использовать при отсутствии людей в помещении, так как они рискуют получить ожоги. Кварцевые лампы применяются только в медицинских учреждениях, операционных, лабораториях. В домашних условиях для профилактики коронавируса и других вирусных респираторных болезней они малоэффективны, а при большой мощности могут быть опасны. Для профилактики рекомендована обработка поверхности антисептиком с содержанием спирта от 70% и дезинфицирующими средствами.

Источник инфекции – больные люди (с конца инкубационного периода, включая легкие и бессимптомные формы болезни) и животные (предположительно). Штамм SARS-CoV-2 потенциально может передаваться от человека домашним животным,

## Тема номера

после чего, мутировав, возвращаться обратно к человеку. Сейчас подтверждена лишь возможность передачи вируса от человека к кошкам и хорькам.

Механизмы передачи (рис. 2):

- аэрозольный: воздушно-капельный путь – при разговоре, чихании и кашле на расстоянии менее 2 м; воздушно-пылевой путь – при попадании пылевых частиц с частицами вируса;

- контактный – при переносе частиц вируса с зараженных участков тела либо предметов в глаза, рот или нос после рукопожатий, прикосновений к дверным ручкам и пр.

- фекально-оральный – при анально-оральных контактах, приготовлении пищи, несоблюдении правил гигиены после уборов.

Факторы передачи – воздух, пыль, предметы быта, пищевые продукты, загрязненные вирусом. Чем ближе и теснее контакт здорового и больного, тем выше вероятность передачи инфекции. Повышенный риск заражения имеют медицинские работники, те, кто связан с тесным прямым общением с людьми, а также организованные коллективы.

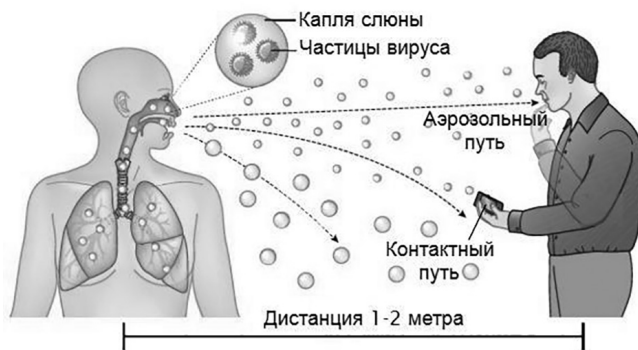


Рис. 2. Один из механизмов передачи инфекции

Кто находится в группе риска:

- люди с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, аритмия и др.);

- люди с неконтролируемым сахарным диабетом (с повышенным уровнем глюкозы в крови);

- люди с неконтролируемой гипертензией (не принимающие таблеток);

- люди с хроническими респираторными заболеваниями (хронический бронхит, обструктивная болезнь легких и др.);

- люди с онкологическими заболеваниями.

### Симптомы коронавирусной инфекции

При стандартных типах вируса инкубационный период длится 1–10 суток, при инфекции COVID-19 – до 14 суток (в среднем 5–7).

Чаще всего типичная коронавирусная инфекция протекает бессимптомно или приводит к развитию малозаметных симптомов по типу ОРЗ с поражением носовой полости и глотки. Наблюдаются слезотечение, щекотание в носу, насморк с небольшим слизистым отделяемым, нарушение обоняния, першение

или легкие боли в горле, сухой кашель (спустя время – с небольшим количеством мокроты). Больной чувствует недомогание, слабость, познабливание, возможны умеренные головные боли, повышение температуры тела не более чем до 38 °С. У детей ко всем перечисленным симптомам могут присоединиться признаки поражения пищеварительного тракта в виде дискомфорта в животе, неустойчивого стула, тошноты. В течение недели выраженность симптоматики снижается – и наступает выздоровление.

В отличие от круглогодичных форм коронавирусной инфекции, высокопатогенные формы болезни проявляются гораздо тяжелее, их прогноз в 20% случаев очень серьезен.

Наиболее распространенные признаки COVID-19:

- увеличение температуры тела до 38 °С;
- повышенная утомляемость;
- потливость;
- сухой кашель.

У части пациентов могут отмечаться боли в мышцах и суставах, насморк, заложенность носа, снижение или исчезновение обоняния, першение в горле, умеренная диарея. Обычно эти симптомы развиваются постепенно и выражены неярко.

У большинства инфицированных не возникает каких-либо серьезных симптомов или плохого самочувствия, как и при остальных формах коронавирусной инфекции. В 80% случаев болезнь заканчивается полным выздоровлением.

Примерно в одном из шести случаев COVID-19 (преимущественно у пожилых и ослабленных сопутствующими заболеваниями людей) возникает тяжелая симптоматика с развитием дыхательной недостаточности:

- усиливаются лихорадка и кашель;
- появляется одышка, тип дыхания атипичный;
- нарастает слабость;
- возможны боли в груди при дыхании и кашле, боли в животе и тахикардия;
- губы и нос приобретают синюшный оттенок;
- возможны нарушение и спутанность сознания.

Недавно выявилось, что примерно в 30% случаев течение коронавирусного заболевания сопровождается психическими расстройствами. По одной из версий, вирус способен преодолевать гематоэнцефалический барьер и проникать в мозг, начиная там свою разрушительную работу.

Все эти признаки могут указывать на развивающуюся пневмонию или респираторный дистресс-синдром легких. В этих случаях требуется срочная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. Время от появления симптомов COVID-19 (при подтверждении возбудителя) до смерти в тяжелых случаях составляет от 6 до 41 дня (в среднем 14).

**Коронавирусная инфекция у беременных.** Пока нет исчерпывающих данных о специфическом негативном влиянии коронавирусной инфекции и инфекции COVID-19, в частности на исход и течение

беременности, состояние плода и ребенка, развитие внутриутробной патологии. Однако течение болезни при новой коронавирусной инфекции достаточно тяжелое.

**Коронавирусная инфекция у детей.** Дети, как правило, переносят заболевание легче, чем взрослые. В некоторых случаях возможно развитие пневмонии. Обычно она возникает у детей с отягощенным фоном по простудным заболеваниям или легочной патологии.

Большинство случаев течения коронавирусной инфекции не нуждается в какой-либо медикаментозной терапии. Пациенты с легкими и среднетяжелыми формами болезни (в том числе COVID-19) нуждаются лишь в покое (домашнем режиме без выхода на улицу минимум 7 суток), отдыхе, рациональном питании (не переедать, не заставлять себя есть через силу), обильном теплом питье (вода, морс, компоты). Воздух в помещении спальни, где находится больной, должен быть умеренно прохладным (18–20 °С) и влажным (40–60%). Это позволяет не пересушивать слизистую оболочку респираторного тракта, сохраняя ее иммунологическую и очищающую функции. При наличии кашля применяются отхаркивающие и разжижающие мокроту средства, при першении в горле – полоскания и орошения растворами антисептиков.

Профилактика как составляющая организационной работы (рис. 3):

- регулярно мойте руки с мылом (не менее 20 с) и обрабатывайте их спиртосодержащим средством – это позволит механически удалить вирус;
- ежедневно дезинфицируйте антисептиками дверные ручки, выключатели, телефоны, клавиатуру, унитаз, смесители и раковины;
- соблюдайте режим изоляции от окружающих до 14 суток в обязательном порядке после посещения стран с высокой вероятностью заражения (даже при отсутствии симптомов болезни) – так вы убережете близких и других людей от заражения и распространения инфекции;
- держитесь на расстоянии минимум 1 м от других людей, особенно если у них кашель, насморк и повышенная температура, соблюдайте дистанцию в общественных местах (вирус не передается на большие расстояния);
- старайтесь не прикасаться руками к глазам, носу и рту, иначе вирус может попасть с грязных рук на слизистые оболочки и вызвать заражение;
- при кашле и чихании не забывайте прикрывать рот и нос салфеткой (или сгибом локтя), после чего обязательно выбрасывайте салфетку в контейнер для мусора с крышкой, обрабатывайте руки спиртосодержащим антисептиком или мойте их водой с мылом – это снизит вероятность заражения других людей;
- тщательно мойте овощи и фрукты, купленные без упаковки, под проточной водой;
- как можно быстрее обращайтесь за медицинской помощью при повышении температуры, появлении

кашля и затруднении дыхания, посинении губ или носа – это поможет вовремя распознать болезнь и принять срочные меры при возникновении осложнений;

- носите маску, если вы больны.



Рис. 3. Некоторые методы профилактики заболевания

При использовании медицинских масок (одноразовых) необходимо соблюдать следующие правила:

- обработать руки спиртосодержащим средством или вымыть с мылом;
- удерживая маску за завязки или резинки, вплотную поднести к лицу белой стороной внутрь и фиксировать завязками (резинками) в положении, когда полностью прикрыта нижняя часть лица (и рот, и нос);
- придать нужную форму гибкой полоске (носовому жабиму), обеспечивая плотное прилегание маски к лицу;
- снять маску, удерживая за завязки (резинку) сзади, не прикасаясь к передней ее части;
- выбросить снятую маску в закрывающийся контейнер для отходов;
- вымыть руки с мылом или обработать спиртосодержащим средством;
- при необходимости надеть новую маску, соблюдая перечисленные выше шаги;
- носить маску следует не более 2 ч;
- немедленно заменить маску в случае ее намокания (увлажнения), даже если прошло менее 2 ч с момента использования;
- не касаться руками закрепленной маски;
- тщательно вымыть руки с мылом или обработать спиртосодержащим средством после прикосновения к используемой или использованной маске;
- не использовать повторно одноразовые маски;
- многоразовую маску необходимо стирать отдельно, после стирки прогладить с двух сторон горячим утюгом.
- следует чаще проветривать помещение.

#### Коррекция питания

Крайне важно ограничить количество продуктов, которое косвенно угнетает иммунную систему либо

## Тема номера

перегружает желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). 80% нашего иммунитета находится в кишечнике. В ЖКТ сосредоточено более 70% иммунокомпетентных тканей в организме человека в виде одиночных и групповых фолликулов. Поэтому от того, как будет функционировать ЖКТ, многое зависит. Коронавирус в свой инкубационный период в большей части использует для размножения слизистую оболочку ЖКТ. Чем здоровее он будет, тем меньше шансов у вируса достичь инфицирующей дозы.

Стоит ограничить количество свободных углеводов, консервированных продуктов, полуфабрикатов, а также мяса.

Необходимо увеличить количество свежих овощей и фруктов. Особенно это касается овощей и зелени, имеющих жгучие, пряные, острые вкусы, которые сами по себе являются мощнейшими антисептиками. Это могут быть лук, чеснок, черемша. Они стимулируют выработку слизи, соответственно, защищают слизистые оболочки с точки зрения секреторных антител.

Питание пожилого человека должно быть полноценным. Необходимо ввести в рацион кисломолочные продукты (кефир разной жирности, простоквашу, творог). Для улучшения работы кишечника и профилактики запоров желателен добавить клетчатку (например, яблоки). Употребление продуктов, богатых клетчаткой, способствует поддержанию нормальной микрофлоры кишечника. Кроме того, овощи, фрукты и ягоды богаты полифенолами, пектином, витаминами различных групп. В рационе должно быть достаточно белка: нежирные сорта мяса, рыба, фасоль. Источники витамина А и селена – печень, яичные желтки, молочные продукты (сливочное масло, молоко). Витамин С содержится во многих продуктах, например квашеной капусте, зеленом горошке, яблоках, шиповнике, помидорах, апельсинах.

Должное внимание следует уделить потреблению жидкости (компоты из сухофруктов, замороженных ягод, морсы, теплая вода). С учетом хронических заболеваний объем потребляемой жидкости должен составлять 1–1,5 л в сутки.

Пока нет врожденного или приобретенного иммунитета к новому типу коронавируса SARS-CoV-2, поэтому восприимчивы к заболеванию все люди на планете. После перенесенного заболевания формируется стойкий гуморальный иммунитет, но только к тому серотипу, которым переболел человек. Поэтому возможны повторные заболевания, вызванные другими типами коронавирусов. Ребенок после рождения унаследует от матери непродолжительный пассивный иммунитет – примерно на 1,5 месяца (иногда немного дольше при грудном вскармливании).

По приблизительным оценкам, COVID-19 будет активно распространяться примерно 1,5–2 года – до того момента, пока у подавляющего числа людей не появятся защитные антитела. Лекарственных средств, эффективных при коронавирусной инфекции, пока не создано. Лечение проводят симптомати-

ческое. Вакцины против коронавируса не существует, над ее созданием работают.

Основную группу риска, наиболее подверженную заражению коронавирусом, составляют люди старше 60 лет. Их иммунная система ослаблена, имеются хронические заболевания.

Проживающие в доме-интернате относятся к уязвимым категориям населения. Для них характерен более высокий уровень риска неблагоприятных исходов и инфекционных заболеваний в связи с постоянным пребыванием в замкнутом пространстве с другими людьми. В силу этого обстоятельства для обеспечения защиты здоровья постояльцев, персонала должны приниматься особые меры предосторожности. Дома престарелых и психоневрологические интернаты работают очень напряженно, большинство – в режиме изоляции, вахтовым методом. Почти повсеместно жестко ограничены визиты родственников и волонтеров, выходы в город пожилых людей и молодых ребят с инвалидностью. В большом количестве регионов ухаживающий персонал приходит на работу на 14 суток, предварительно сдавая тест на коронавирус.

В домах-интернатах для престарелых и инвалидов, а также психоневрологических интернатах усилены мероприятия по противодействию распространения коронавирусной инфекции COVID-2019.

Действуют запреты на проведение культурно-массовых мероприятий. Усилены санитарно-эпидемиологические меры. Проводится дезинфекция учреждений. Ведется постоянный контроль за здоровьем пожилых людей, пациентов с хроническими заболеваниями. Организуются посвященные COVID-19 информационные собрания для постояльцев с целью повышения их осведомленности о вирусе, вызываемой ими болезни и профилактических мерах.

Также контролируется состояние сотрудников: при входе в учреждение у всех измеряется температура тела, используются антисептики для дезинфекции рук. При выявлении у работников признаков респираторной инфекции они незамедлительно направляются в медицинскую организацию или домой для вызова врача. Персонал носит маски, перчатки, периодически протирает все поверхности, дверные ручки и поручни хлорсодержащими растворами. В учреждениях сформирован необходимый запас средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств и медикаментов. Разработаны так называемые карты маршрутизации для каждого сотрудника, чтобы исключить в учреждении пересечение потоков. Для персонала организованы санитарные пропускные пункты, есть карантинные зоны.

В столовых проживающих рассаживают таким образом, чтобы между ними было расстояние порядка 2 м.

Передачи от родных в целях безопасности запрещены, кроме подгузников для инвалидов I и II группы. На входе в дома-интернаты стоит стол, где посылок обрабатывают антисептиком. Каждый день на

медицинских постах дежурят медсестры, которые контролируют график проветривания помещений. Каждые 3 ч обрабатываются поверхности: ручки дверей, перила, поручни, кнопки лифтов. В учреждениях проводят противоэпидемические мероприятия в соответствии с требованиями санитарных норм и правил.

Для многих медицинских работников такая ситуация вызывает стресс. Хотелось бы обратить внимание на рекомендации для медиков по борьбе со стрессом при пандемии:

- отслеживайте симптомы перенапряжения: обратите внимание на определенные группы мышц – шейный отдел, икроножные мышцы, область поясницы и малого таза, именно они сигнализируют об эмоциональном напряжении первыми;
- в экстремальных условиях важно обеспечить удовлетворение базовых потребностей: достаточные перерывы в трудовой деятельности, режим питания и физической активности; сохраняйте привычную рутину, насколько это возможно (например, вставайте и ложитесь спать вовремя, выполняйте привычные задачи);
- не изолируйтесь эмоционально: обсуждение ситуации с коллегами, которые испытывают аналогичный стресс, может помочь снизить эмоциональное напряжение; оставайтесь в контакте с семьей, близкими, родственниками и друзьями;
- помните о значимости и уникальности вашей деятельности;
- определите свою зону ответственности в отношении выполняемой работы, не берите дополнительные задачи, если чувствуете, что вы физически или психически истощены;
- сосредоточьтесь на выполнении работы и обращайтесь меньше внимания на излишнюю информацию, связанную с пандемией;
- отслеживайте переживания чувства вины, раздражительности, страха в связи с ограничением ваших возможностей, не требуйте от себя больше, чем вы можете;
- разграничивайте работу и дом, насколько это возможно, отвлекайтесь на домашнюю рутину, социально-бытовые задачи – будьте заняты;
- если вам не удастся совладать со стрессом самостоятельно, обратитесь за помощью к специалистам психолого-психиатрического профиля – это позволит избежать долгосрочных последствий стресса и патологизации возникающих реакций.

В период вынужденной изоляции необходимо каким-то образом поддерживать общение постояльцев с близкими и волонтерами. К инновационным аспектам работы в психоневрологических домах-интернатах относится внедрение новых форм работы – онлайн-форматов. Применение таких форматов во время изоляции позволяет поддерживать связь постояльцев с родственниками, волонтерами по видеосвязи с помощью мессенджеров. Постояльцы, в том числе с помощью родных, обеспечены мобильными

телефонами и другими средствами связи. Тому, кто сам не может использовать средства видеосвязи, помогают сотрудники учреждения. В компьютерных классах организована связь с родственниками по скайпу. Использование современных средств видеосвязи позволяет организовать линию доверия. Каждый обратившийся может получить полную информацию о близком человеке, а также необходимую психологическую поддержку, консультацию врачей, администрации.

Средства видеосвязи в комнатах проживания позволяют посмотреть видеоэкскурсии, позитивное видео с картинками природы, виртуально побывать в других странах мира – все это вносит разнообразие.

В условиях снижения социальной активности особое внимание уделяется физической активности постояльцев. Выражение Э. И. Зборовского «Есть закон для всех болот, что не движется – гниет!» актуально всегда. Регулярная физическая активность имеет ключевое значение для профилактики и содействия лечению сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа и рака, стимулирует функцию дыхательной системы, улучшает процессы обмена веществ, а также способствует уменьшению симптомов депрессии и тревожности, улучшению памяти и укреплению здоровья мозга, замедляет снижение когнитивных способностей. Пожилым людям (в возрасте 65 лет и старше) рекомендуется добавлять такие виды активности, которые способствуют улучшению равновесия и координации, укреплению мышц, чтобы содействовать предупреждению падений и улучшению здоровья. «Физическая активность имеет решающее значение для здоровья и жизни, – отметил Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Тедрос Адханом Гебрейесус. – Важно каждое движение, особенно сейчас, когда мы живем в условиях ограничений, связанных с пандемией COVID-19. Мы все должны каждый день двигаться, безопасно и творчески».

Без физической активности у пожилого человека может проявиться атрофия мышц. Кроме того, отсутствие физической активности приведет к снижению массы мышечной ткани.

Инструктора по адаптивной физической культуре проводят занятия с подопечными. Некоторые проживающие могут выполнять упражнения самостоятельно (например, для кистей рук используют шарик су-джок) (рис. 4).



Рис. 4. Упражнения для кистей с помощью массажного мячика

## Тема номера

Можно выполнять упражнения для рук (10–12 раз каждое).

«Колечко». Поочередно и как можно быстрее перебирать пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно указательный, средний пальцы и т. д. Упражнение выполняется в прямом (от указательного пальца к мизинцу) и в обратном (от мизинца к указательному пальцу) порядке (рис. 5). Вначале движения выполняют поочередно каждой рукой, затем сразу двумя руками.

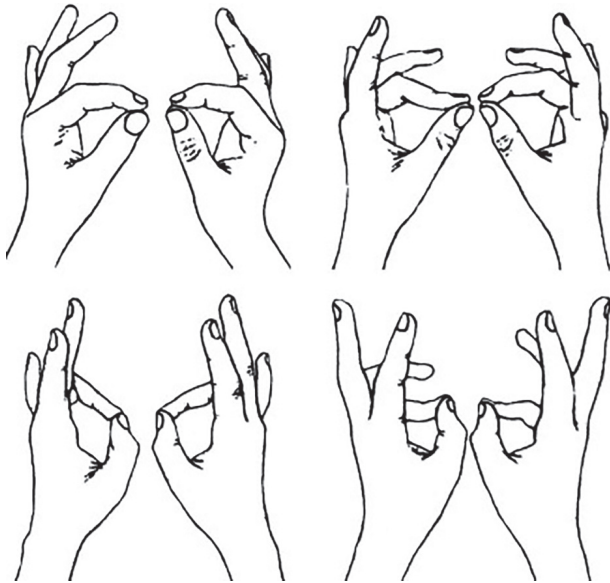


Рис. 5. Упражнение «Колечко»

«Очки – бинокль». Положение «очки» – соединены указательный и большой пальцы правой руки, указательный и большой пальцы левой руки. Кончики пальцев правой и левой рук соединены друг с другом. Положение «Бинокль» – пальцы каждой руки соединены неплотно в кулачок (рис. 6).

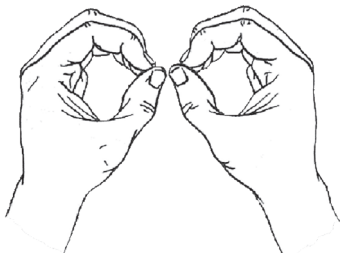


Рис. 6. Упражнение «Очки – бинокль», положение «Бинокль»

«Корни». Вариант 1. И. п. – ладони опущены вниз. Пальцы разведены в стороны и напряжены. Удерживать руки в таком положении на счет до 5–10. После упражнения расслабить кисти, встряхнуть руками. «Высокие красивые деревья здесь растут» – показать руками «деревья» (рис. 7, а). «А корни под землю для них водичку пьют» – показать руками «корни».

Вариант 2. И. п. – ладони опущены вниз и прижаты друг к другу тыльной стороной. Пальцы разве-

дены в стороны и напряжены (рис. 7, б). Удерживать в таком положении кисти рук, потом встряхнуть.

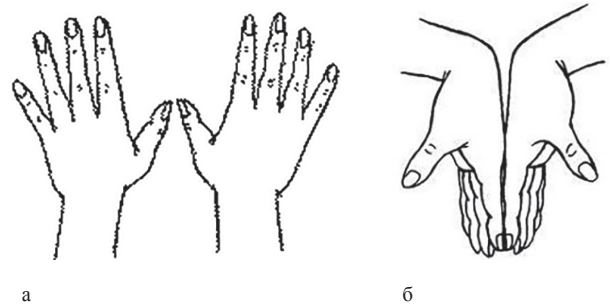


Рис. 7. Упражнение «Корни»

Можно рисовать пальцем на песке. Наберите песок в неглубокий противень или другую подобную емкость. Нарисуйте пальцем на поверхности песка кружок, а внутри него – глаза или улыбку. Легонько встряхните противень, а когда рисунок исчезнет – предложите пожилому человеку что-нибудь нарисовать.

Если подопечный перенес мозговой инсульт или имеет нарушение поверхностной чувствительности, можно применить игру «Волшебный сундучок». Подопечный опускает руку в сундучок, выполненный из непрозрачного материала. Не вынимая руки из сундучка, нужно назвать предмет. Затем необходимо вынуть предмет из сундучка.

Все упражнения могут выполняться как индивидуально, так и в мини-группах.

В интернате можно заниматься мини-футболом, волейболом, скандинавской ходьбой. Все спортивные игры, занятия и прогулки организованы так, чтобы постояльцы соблюдали необходимую социальную дистанцию.

Использование имеющихся тренажеров помогает не только разнообразить досуг но и восстановить чувствительность.

Игры для проживающих в доме-интернате – это еще и в некотором роде модель окружающего мира, важный способ общения. Особенно популярны шашки, шахматы, домино.

Для пожилых людей с когнитивными нарушениями можно использовать мозаику (рис. 8).



Рис. 8. Мозаика

На территории интернатов созданы различные зоны, например «Территория терренкур», где можно



совершать пешие прогулки и заниматься скандинавской ходьбой. Это не только создает хорошее настроение, но и укрепляет здоровье, помогает поддерживать тело в тонусе.

Всегда открыты двери и в общие игровые комнаты, которые каждые 30–45 мин проветривают и обрабатывают дезинфекантами. Здесь жильцы с удовольствием рисуют, лепят из пластилина, занимаются другими видами рукоделия. Тем самым они могут реализовать свои творческие способности, развивают моторику. Творчество помогает не хуже таблеток – успокаивает, дарит радость, вдохновляет. Лучшие поделки участвуют в конкурсе, например «Карантин нам нипочем».

Одним из видов общения в условиях пандемии остается книга. Она помогает улучшению состояния и является таким же расслабляющим средством, как музыка и прогулка. Чтение юмористических рассказов помогает снять напряжение. У каждого постояльца дома-интерната есть свои увлечения. Важно использовать имеющийся ресурс. Можно петь, играть на музыкальном инструменте, участвовать в постановке спектакля...

В палатах созданы возможности для разгадывания кроссвордов, просмотра трансляций спортивных соревнований, рисования, занятия рукоделием.

Несмотря на то что учреждения работают в режиме полной изоляции, жильцы с помощью медицинских работников, инструкторов по трудовой терапии сами ухаживают за территорией. Работа на свежем воздухе для тех, кому это по силам, является не только трудотерапией, но и возможностью почувствовать свою востребованность, ощутить радость.

Пожилые люди совершают ежедневные прогулки на свежем воздухе. В каждом отделении есть свой уютный дворик с благоустроенными беседками, так что подопечные разных отделений не пересекаются. Культурные организаторы проводят занятия по танцевальной ритмике. Плейлист, к слову, составляется с учетом пожеланий танцующих.

По мнению директора благотворительного фонда в России Елизаветы Олескиной, «ковид так или иначе "зайдет" во все учреждения, а значит, просто переждать не получится. Наша задача не сохранить еще живые тела, которые пережили изоляцию,

а сделать упор на качество жизни. Не допустить последствий, которые будут еще хуже, чем последствия ковида».

Несмотря на пандемию и изменившийся режим работы учреждений, делается все необходимое, чтобы сохранить качество жизни постояльцев благодаря трепетному отношению и разносторонней работе всего персонала, направленных на различные аспекты жизни.

### Использованная литература

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru>. – Дата доступа: 04.12.2020.
2. Как реабилитироваться после инсульта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.sb.by>. – Дата доступа: 05.12.2020.
3. Коронавирус без паники [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://caminodobom.com>. – Дата доступа: 05.12.2020.
4. В Минздраве рассказали о способах сохранения здоровья во время режима самоизоляции [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.m24.ru>. – Дата доступа: 06.12.2020.
5. Мельникова Н. В. Изоляция не помеха! // Социальное обслуживание. – 2020. – № 7. – С. 115–117.
6. Оленская Т. Л. Профилактика развития и прогрессирования, основных гериатрических синдромов у лиц старшего возраста в период самоизоляции: акцент на онлайн-адаптивную физическую культуру / Т. Л. Оленская [и др.] // Врач. – 2020. – № 6. – С. 69–72.
7. Психологическое обеспечение руководителей и работников медицинских организаций в условиях пандемии COVID-19 // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2020. – № 7. – С. 21–29.
8. Процаев К. И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов / К. И. Процаев [и др.]. – М., 2012. – 414 с.
9. Чистенко Г. Н. Коронавирусная инфекция // Мир медицины. – 2020. – № 2. – С. 8–9.
10. Смоленко Е. Д. Эрготерапия и физическая реабилитация в психиатрии: курс лекций / Е. Д. Смоленко, А. Н. Дударев. – Витебск, 2009. – 159 с.



*Доцент В. К. Милькаманич*

## **БОБАТ-ТЕРАПИЯ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЯ**

*Белорусский государственный университет*

Бобат-терапия – это современная реабилитационная методика, позволяющая восстановить тонус мышц, возобновить моторную функцию двигательного аппарата и развить мелкую моторику рук. Методика Бобат направлена на восстановление нервных клеток путем физических и мыслительных упражнений. Свое название терапия получила от имен ее создателей, супружеской пары из Чехии – профессора неврологии и психиатрии Карела Бобата и его супруги физиотерапевта Берты Бобат.

Бобат-терапия направлена на увеличение разнообразия движений и типичных поз, что помогает улучшать качество движений, формировать больший репертуар функциональных навыков и тем самым быстрее и лучше адаптироваться к окружающей среде. Система Бобат-терапии позволяет заместить патологические рефлекторные движения другими, более естественными для моторики человека. Такое восстановление двигательных функций достигается путем целенаправленной стимуляции мышц и расширения амплитуды суставов.

Бобат-терапия сочетает в себе физическую терапию, эрготерапию и логопедию.

*Физическая терапия* – обучение подопечного двигаться наиболее нормальным и энергоэффективным способом. Это становится возможным благодаря занятиям, ориентированным на снижение мышечного тонуса и облегчение движений, улучшение двигательного контроля, а также на увеличение функциональной активности и независимости.

*Эрготерапия* – использование тщательно продуманных мероприятий, чтобы двигаться и использовать свои глаза и руки более эффективно: одеваться, есть, читать, писать, играть с друзьями и т. п.

*Логопедия* – речевая и языковая терапия. Так, работая с ребенком, можно применять множество способов общения. Используя глаза и руки, картинки и символы или даже компьютер и средства голосовой связи, ребенок с церебральным параличом может взаимодействовать с другими людьми.

Бобат-терапия направлена на то, чтобы сформировать у подопечных навыки, необходимые для исследования мира, а также дать им возможность общаться о своих потребностях и как можно больше участвовать не только в терапевтических сеансах, но и во всех аспектах своей жизни.

У больного человека Бобат-терапия является образом жизни. Это не просто свод особых правил и упражнений, это целая система медико-социального ухода за подопечным.

Основной целью Бобат-терапии является поощрение и повышение собственных двигательных и функциональных способностей более типичными способами. Так, дети и молодые люди с ДЦП обычно имеют меньшее количество вариантов движений и поз, чем здоровые люди.

Инновации данного метода реабилитации взрослых и детей с неврологическими заболеваниями, связанными со спастическим поражением мускулатуры:

- целостный функциональный подход к больному человеку;
- взаимодействие психики с телом, вследствие которого лечению подвергается не отдельный орган или отдельная часть тела, а весь организм;
- выработка управляемых, целесообразных и осознанных движений с параллельным снижением мышечных спазмов и напряжения.

Наиболее широко и успешно терапию применяют у взрослых лиц (рис. 1) разных возрастов с параличами после нарушения мозгового кровообращения (инсульт, черепно-мозговая травма), а также у детей (рис. 2) с органическими поражениями центральной нервной системы (ДЦП), чтобы восстановить утраченные двигательные функции, например держать равновесие, ходить наиболее энергоэффективным способом, двигать кистями рук и др.



Рис. 1. Бобат-терапия после инсульта



Рис. 2. Бобат-терапия ребенка с ДЦП

Бобат-терапия весьма эффективна при таких нарушениях, как:

- разного рода дефекты, возникшие во время развития позвоночного канала;
- сколиоз различной степени тяжести;
- нарушения развития моторики: спастика, проблемы с координацией, гиперкинезы, нарушение двигательной управляемости;
- врожденные и приобретенные в раннем возрасте вывихи бедра;
- последствия травм (в частности, послеродовых), операций или заболеваний, которые привели к потере ребенком контроля над телом;
- побочные проявления воспаления мозга.

Данный метод помогает не только больным людям с тяжелыми неврологическими нарушениями, но и просто с задержками в физическом и физиологическом развитии. Например, если ребенок своевременно не переворачивается, не ползает, не сидит и не ходит, то Бобат-терапия поможет ускорить его развитие.

Следует заметить, что Бобат-терапия не устраняет первопричину заболевания. Она стимулирует существующие возможности организма для достижения главной цели – адаптации и реабилитации. Своевременно начатая Бобат-терапия является ключом к скорейшему восстановлению, поскольку, упустив момент, возобновить двигательные функции организма в будущем будет гораздо сложнее.

Несмотря на широкий спектр действий Бобат-терапии, существует ряд противопоказаний к ее применению. Использование данной методики при условии наличия некоторых патологий должно быть предварительно оговорено с лечащим врачом. Противопоказаниями к проведению Бобат-терапии являются:

- шизофрения;
- эпилепсия;
- судорожная готовность в выраженной форме;
- хронические заболевания, если они перешли в острую стадию;
- инфекционные и вирусные заболевания, сопровождающиеся лихорадкой;

- психоэмоциональные расстройства, негативно влияющие на поведение пациента;
- острые воспалительные процессы;
- недавнее оперативное вмешательство.

Запрет к применению Бобат-терапии обоснован высоким риском усугубления этих болезней, возникновения судорог и других негативных последствий.

В показанных случаях Бобат-терапия имеет ряд достоинств:

- стабильность и долгосрочность достигнутого результата, который встраивается в личность подопечного;
- минимальные риски травматизма или инфицирования;
- не требуется прием медикаментов;
- игровая либо спортивно-оздоровительная форма терапии.

Регулярные занятия Бобат-терапией помогают:

- возобновить утраченную двигательную активность после пережитых травм головного мозга, инсульта или инфаркта;
- научиться самостоятельно осуществлять за собой уход, выполнять ежедневные рутинные обязательства;
- стимулировать правильное восприятие собственного тела;
- возобновить рефлексы в естественной амплитуде;
- избавиться от патологического спастического синдрома;
- нормализовать общий тонус всей группы мышц, привести в порядок собственное тело;
- предупредить развитие контрактур и деформаций;
- закрепить результат проведенного лечения.

#### **Физиологические аспекты концепции Бобат-терапии**

Гибель нервных клеток в результате патогенных событий вызывает нарушения моторного поведения и контроля движений. Результатом становятся всевозможные параличи различной степени тяжести, снижение точности движений, деградация сенсомоторики и т. п.

Однако мозг человека обладает пластичностью и способен к реорганизации, то есть здоровый участок мозга может обучаться и выполнять те задачи, которые ранее выполнял ныне поврежденный (пострадавший) участок мозга. Так, спастические состояния детей с ДЦП ослабевают или полностью пропадают после определенных движений и принятия определенных поз. Специальные гимнастические упражнения, движения и позы могут ослабить или снять спазмы.

У детей Бобат-терапия может применяться от рождения и до 18 лет, независимо от тяжести поражения ЦНС, возраста или сопутствующих заболеваний. Однако лучшие результаты достигаются при более раннем начале терапии. Особенно Бобат-терапия успешна, пока ребенку не исполнилось 3 месяца, когда сенсорная информация только начинает накапливаться. У детей до 1 года достаточно активизи-

## Наблюдение, реабилитация и уход

ровать врожденные моторные стереотипы, которые будут выполняться под управлением здоровых участков ЦНС.

Рождаясь, ребенок наделяется определенными врожденными рефлексам, которые помогают ему жить во внешней среде в первые месяцы жизни. Затем, по мере приобретения жизненного опыта, врожденные рефлексы замещаются установочными.

Мозг больного ребенка от общения с внешним миром может получать искаженные сигналы и, соответственно, обрабатывает их неправильно. Это приводит к выработке расстройств в двигательных реакциях, а также к разным осложнениям (атрофиям, контрактурам, спастике и т. п.).

У взрослых пациентов постоянное правильное повторение одних и тех же упражнений способствует вовлечению здоровых участков мозга, они принимают на себя задачи, ранее выполнявшиеся ныне пораженными участками мозга.

Метод Бобат-терапии предусматривает использование специальных сигналов (зрительных, слуховых, положений тела), цель которых – заставить работать измененные структуры ЦНС и корректировать их работу с последующим подавлением патологических моторных рефлексов.

Таким образом, суть Бобат-терапии заключена в использовании определенных поз и положений тела больного человека, которые подавляют патологические рефлексы, стимулируют психомоторное развитие, развивают правильные моторные навыки в быту.

Здоровые соседние участки мозга вынуждены выполнять функции, ранее выполнявшиеся пораженными участками. Для этого максимально задействуется поврежденная часть тела.

Систематическая стимуляция (зрительная, слуховая, тактильная), а также специальные физические упражнения ведут к восстановлению в коре головного мозга утраченных связей, которые отвечают за взаимодействие с телом. Восстанавливается не рука или нога в отдельности, а человек в целом, воздействуя и изменяя через движение высший центр – головной мозг.

Бобат-терапия эффективна только при соблюдении правильной техники.

Важно соблюдать последовательность этапов нормального развития двигательных навыков и физической активности у пациента, подобно тому, как здоровый ребенок постепенно проходит все стадии развития одну за одной. Он учится переворачиваться на живот, потом держать голову, сидеть, ползать, подниматься и ходить. Нельзя пропускать какую-либо из этих стадий. Поэтому при Бобат-терапии малыш должен пройти все этапы в той же последовательности. Нужно, чтобы развитие моторных навыков совпадало с последовательностью физиологического развития ЦНС: переворачивание – удержание головы – сидение – ползание – стояние – ходьба. При поступлении большого коли-

чества разного рода сигналов для тех или иных анализаторов идет их обработка, и, как результат, подопечный учится вырабатывать соответствующие моторные реакции.

Таким образом, в реабилитационном процессе необходимо пройти все физиологические этапы развития моторных навыков, восстановить потенциал ЦНС и развить правильные двигательные стереотипы.

### Основные принципы Бобат-терапии

Назначение комплекса упражнений по Бобат возможно только после определения способности подопечного переносить статические и динамические нагрузки. Бобат-терапия в первую очередь нацелена на восстановление наиболее функциональных движений, которые полезны и востребованы в повседневной жизни подопечного, исходя из его потребностей и динамических возможностей.

Раннее начало Бобат-терапии минимизирует риски развития побочных осложнений или прогрессирования заболевания, особенно у детей с патологиями развития.

Бобат-терапия наиболее эффективна, если больной человек является не пассивным объектом поз, вынужденно находящимся в том или ином положении, а принимает необходимые позы в динамике, в результате спонтанной двигательной активности.

Принципы и технику Бобат-терапии следует изучать также родственникам подопечного. Это необходимо для обеспечения полноценного ухода и регулярности занятий. Так, например, все мероприятия в рамках Бобат-терапии ребенка должны проводиться с привлечением родителей, которые со временем заменяют врача-инструктора.

Чем регулярнее ведутся занятия, тем более качественный и быстрый результат будет получен. В идеале лучше заниматься несколько раз в день, с учетом состояния. Но даже 2–3 занятия в неделю могут ощутимо помочь в выздоровлении.

В процессе Бобат-терапии следует установить с подопечным доверительный контакт. Только в этом случае возможно добиться у него полного расслабления мышц. Так, занятия с детьми лучше всего проводить в форме игр в специальных игровых комнатах. Можно дать ребенку какую-нибудь игрушку, чтобы он занял нужную позу и не протестовал против нахождения в ней. Посредством контакта с игрушками организм ребенка получает определенные сигналы, благодаря которым обнаруживаются заложенные на генетическом уровне потенциалы развития, не позволяющие формировать патологические функции.

Движения нужно выполнять качественно и правильно, под постоянным контролем со стороны инструктора и лечащего врача. Они должны внимательно следить за корректным выполнением всех упражнений, поддерживая и мотивируя пациента к дальнейшей работе.

Движения комплекса упражнений по Бобат не должны доставлять никакой боли или дискомфорта. Они выполняются всегда плавно, медленно, правиль-

но в пределах зоны комфорта. Если пациент во время упражнений испытывает болевые ощущения, следует немедленно их прекратить.

Процесс Бобат-терапии должен быть разнообразным и в нарастающей динамике. Благодаря разноплановому развитию всех групп мышц процесс лечения или реабилитации проходит быстрее и качественнее.

Бобат-терапия для взрослых так же, как и для детей, должна проводиться с постепенным усложнением упражнений, в зависимости от усвоения моторных навыков. Подопечного нельзя торопить, ему нужно некоторое время для адаптации.

### **Целевые направления воздействия**

#### **Бобат-терапии**

Все реабилитационные действия Бобат-терапии преследуют следующие цели.

✓ Запрещающее удерживание с целью снижения силы и количества произвольных движений тела подопечного. Терапевт (или родители) удерживает или тормозит судорожные, патологические, произвольные движения ребенка. Это носит название «ингибция».

✓ Направляющие движения с целью облегчения выполнения целенаправленных действий. Им предшествуют разнообразные растяжки, призванные снять тонусное напряжение мышц и убрать его фиксацию (физическую память тела). Далее терапевт двигает отдельными конечностями ребенка в правильных темпе, ритме и направлении. Эти действия осуществляются посредством мануального контакта и служат для улучшения двигательного контроля во время выполнения тех движений, которые сопряжены с наибольшими трудностями. Тело подопечного должно запомнить верное движение, чтобы в дальнейшем в аналогичной ситуации автоматически использовать именно его. Это имеет название «фацилитация».

✓ Стимулирование больного человека на достижение желаемого результата. Обычно все занятия включают в себя привычные и любимые игры либо элементы обслуживания, которые со временем переходят в самообслуживание.

Занятия по методу Бобат уменьшают неравномерное напряжение мышц, устраняют контрактуру, суставную деформацию, помогают приобретению или восстановлению навыков владения телом, дают важные навыки мышечного расслабления и напряжения.

### **Методические аспекты занятий**

#### **по методу Бобат**

Сидение – важный статический навык, он требует тренировки мышц спины и брюшного пресса (живота). Чтобы стабилизировать нижнюю часть туловища и разгрузить часть мышц, специалист располагает валик между бедрами пациента.

Устойчивое стояние – один из самых важных навыков, приобретаемых с помощью Бобат-терапии. Для его тренировки сначала используют специальные приспособления, а затем любые опоры, например стул, стену или стол.

Первое, чего должен добиться специалист, – это умение пациента ровно стоять на ногах и подавление мышечного гипертонуса. Пациенты, перенесшие инсульт, с помощью этой терапии смогут справиться с параличами и парезами, улучшить координацию движений.

Ходьба как сложнейший акт движения отнимает огромное количество энергии. Правильная биомеханика формируется при помощи различных приспособлений, например брусьев.

В физической реабилитации по методике Бобат-терапии необходимо выбрать ключевые точки для обучения функциональному движению. При этом можно использовать механическую фиксацию различных звеньев тела (шины, ходунки, инвалидное кресло, стойки и др.). Однако они не должны ограничивать свободу произвольных движений.

При работе с верхними и нижними конечностями важна фиксация расположенных ближе к центру тела отделов: чем лучше стабилизация этих звеньев, тем легче работа и больше объем движений в звеньях конечностей, расположенных дальше от срединной плоскости тела (в руке дистальный отдел – кисть, в ноге – стопа).

Все упражнения основаны на естественных физиологических реакциях организма.

Например, при положении лежа на спине у пациента происходят рефлекторное выпрямление рук, шеи и приведение к туловищу согнутых в коленях ног. Патологический рефлекс можно устранить, подложив под голову жесткую подушку или валик.

Во время переворачивания на живот патология провоцирует сгибание головы вниз и опускание на поверхность, а также приведение рук к туловищу. Снизить патологическую активность мозга можно, если приподнять пациенту голову и переместить его верхние конечности вперед. Под его грудью должен быть расположен фитбол или валик. Если мышцы верхних конечностей сильно напрягаются, рекомендуются расслабляющие упражнения (покачивания, встряхивания) и массаж.

Поочередная ротация нижних конечностей, таза и торса позволяет стимулировать перевороты с живота на спину и наоборот.

При работе с ребенком специалист управляет его движениями, одновременно контролируя его реакции на трех уровнях: голова – плечевой пояс – тазовый пояс. Когда одна из этих зон пассивно перемещается (руками терапевта), активизируются реакции выпрямления и равновесия.

При нормальном развитии эти рефлексы закладываются и закрепляются между первыми 6–8 месяцами жизни, а простейшие – и вовсе начиная с 1 месяца.

Бобат-терапия помогает ребенку освоить все позиции, являющиеся естественными, без патологических, неправильных движений. Постоянное повторение поз (лежание, стойка на четвереньках, сидя или на корточках) закрепляет правильность движений и упрощает стабилизацию вертикального положения.

## Наблюдение, реабилитация и уход

Со временем правильные позиции начинают превалировать, вытесняя патологические и переходя на уровень безусловных рефлексов.

Бобат-терапия требует широкой рабочей поверхности, на которой сможет поместиться как пациент, так и терапевт. Поэтому при работе с пациентом используется специальный стол (рис. 3), иногда его называют кушеткой для Бобат-терапии. Высота стола обычно легко регулируется, в некоторых моделях есть специальный ножной рычаг.



Рис. 3. Стол для Бобат-терапии

В проведении Бобат-терапии необходимы также многочисленные приспособления: гимнастические мячи, качели, специальные валики, предметы быта и др.

### Примерный комплекс упражнений по методике Бобат-терапии

**Выбор исходного положения.** При работе с верхними конечностями пациент может сидеть на стуле либо лежать на диване. При других упражнениях он должен лежать.

**Расслабление кисти.** Нужно взять большой палец спастической кисти и плавно подвинуть его к наружной части кисти. Двигаться при этом должно то место, где палец переходит в запястье. Удерживают палец в таком положении до 3 мин, чтобы мышцы смогли расслабиться. После релаксации спастических мышц нужно взять кончики остальных пальцев и аккуратно разогнуть, не прикасаясь к ладони. После максимального вытяжения пальцев запястье сгибают, разгибают, отводят. Положение большого пальца не меняется.

**Сгибание плеча.** Следует держать за большой палец, который находится в разогнутом и отведенном положении. Предплечье переместить в среднее положение между пронацией и супинацией (пронация – естественное вращательное движение конечности или ее части внутрь, супинация – естественное вращательное движение конечности или ее части наружу). Далее руку нужно вывести вперед, одновременно сгибая плечо. Достигнув максимального угла сгибания, удерживают положение на протяжении нескольких минут, чтобы мышцы могли расслабиться.

**Отведение плеча.** Большой палец необходимо держать в положении, как в предыдущем упражнении. Предплечье максимально отвести наружу и начать отводить руку в сторону. После максимального отведения плеча по прямой плечо нужно согнуть под углом примерно  $75^\circ$ . Далее руку аккуратно тянут вперед и отводят в сторону (так растягивают лопатки).

**Положение отдыха.** Применяется в случае максимального расслабления. Если пациент лежит, его руку кладут на грудь и растягивают плечо. Допускается удерживание другой рукой. Если же пациент сидит, то руку нужно положить на противоположное колено – и так растягивать плечо.

**Сгибание и разгибание ноги.** Нужно согнуть большой палец ноги пациента вверх и удерживать так пару минут, чтобы ноги успели расслабиться. Делается аналогично упражнению с рукой. Одной рукой толкают то над коленом, то под ним, при этом то тянут стопу вниз, то толкают ее вверх.

**Отведение ноги.** Нога должна быть максимально выпрямленной, стопа согнутой. Надавливая на внутреннюю сторону колена, аккуратно тянут ногу наружу.

**Ротация бедра.** Следует согнуть ногу. Одной рукой держат палец стопы, а другой надавливают на колено в сторону нужного движения. Отклоняют колено на максимально возможный угол, делают это медленно и в одном темпе.

**Сгибание и разгибание голеностопного сустава.** Упражнение делают медленно и с паузами. Одной рукой держат палец ноги пациента, а другую кладут на ногу. Помогают больному человеку сгибать и разгибать стопу.

Таким образом, цель Бобат-терапии заключается не только в восстановлении утраченных функций, но и в улучшении функциональных возможностей в повседневной жизни. Бобат-терапия – это целая концепция, которая позволяет работать с детьми и со взрослыми людьми со всеми видами церебрального паралича, после инфаркта, инсульта и при других патологиях независимо от тяжести, возраста или сопутствующих заболеваний.

### Использованная литература

1. Гайдукевич С. Е. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации / С. Е. Гайдукевич [и др.]. – Минск, 2008. – С. 94.
2. Рейн С. Бобат-концепция. Теория и клиническая практика в неврологической реабилитации / С. Рейн [и др.]. – Н. Новгород, 2013. – 320 с.
3. Смычек В. Б. Реабилитация больных и инвалидов. – М., 2009. – 560 с.
4. Яковлева Л. П. Бобат-терапия – это образ жизни / Л. П. Яковлева [и др.] // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. – 2012. – № 1(13). – С. 20–24.



*С. Ф. Южик*

## СЕСТРЫ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. СОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В МИРЕ

*Больница паллиативного ухода «Хоспис»*

16–18 июня 2020 г. в виртуальном режиме состоялось Восьмое «совещание триады»: Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Международного совета медицинских сестер и Международной конфедерации акушерок ВОЗ.

В совещании приняли участие руководители государственных служб медицинских сестер и акушерок, национальные ассоциации, которые обсудили ключевые вопросы об укреплении кадров для решения текущих и будущих задач в области здравоохранения.

Ежедневно проводились двухчасовые заседания, в которых приняли участие представители всего мира. Основное внимание уделялось теме COVID-19, политическому диалогу на основе фактических данных по развитию сестринского и акушерского дела, а также глобальным стратегическим направлениям в области сестринского и акушерского дела.

С приветственным словом выступил Генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гебреисус, который отметил, что пандемия COVID-19 приковала внимание всего мира к работе медицинских сестер и акушерок, а также что именно сейчас необходимо удвоить усилия по отстаиванию инвестиций в профессию медицинских сестер и акушерок.

В докладе «Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров», подготовленном ВОЗ в партнерстве с Международным советом медицинских сестер и глобальной кампанией «Сестринское дело сегодня», при поддержке ряда государств и широкого круга партнеров, представлено убедительное обоснование ценности сестринского персонала для развития здравоохранения во всем мире. Доклад опубликован в эпоху беспрецедентной политической приверженности делу обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения во всем мире\*. Параллельно с этим в условиях вспышки новой коронавирусу-

ной инфекции COVID-19 и массового перемещения людей в зонах вооруженных конфликтов проверку на прочность проходят возможности человечества в сфере обеспечения готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации. Во всех этих обстоятельствах важную роль играют медицинские сестры и акушерки. Сегодня человечество более, чем когда бы то ни было, нуждается в работниках сестринских служб, для которых должна быть обеспечена возможность трудиться в полном соответствии с их образованием и квалификацией.

В докладе также упоминается множество достижений в области развития сестринских кадров. Создание новых возможностей для получения высшего сестринского образования и расширение полномочий сестринского персонала, в том числе на уровне формирования политики здравоохранения, может способствовать повышению уровня здоровья населения. В то же время в мире по-прежнему сохраняется колоссальное неравенство в обеспеченности населения сестринскими кадрами, и эта проблема требует решения.

В настоящее время отмечают как рост численности сестринского персонала, так и расширение круга его должностных обязанностей и функций. Тем не менее эти процессы развиваются неоднородно и недостаточными темпами для удовлетворения растущих потребностей, в результате чего целые группы населения остаются без доступа к сестринской помощи.

Данные для доклада ВОЗ предоставила 191 страна, что является беспрецедентной цифрой и на 53% превосходит показатели за 2018 г. Около 80% стран предоставили данные по 15 индикаторам и более. Однако по таким аспектам, как потенциал в сфере обучения, уровень финансирования, оплата труда и динамика рынка труда, в имеющейся ста-

\*Текст доклада размещен на с. 18–23.

## Сестринское дело

тистике отмечаются существенные пробелы. Это препятствует проведению анализа рынка труда в сфере здравоохранения, необходимого для принятия решений относительно политики развития сестринских кадров и предоставления соответствующего финансирования. Численность сестринского персонала во всем мире составляет 27,9 млн человек. Это свидетельствует о росте общей численности данной категории работников на 4,7 млн за период 2013–2018 гг. и подтверждает, что сестринский персонал – наиболее многочисленная категория в структуре медицинского персонала, на долю которой приходится порядка 59% всех кадров здравоохранения. К 27,9 млн работников сестринских служб относятся 19,3 млн (69%) медсестер профессионального уровня, 6 млн (22%) медицинских сестер ассоциированного профессионального уровня, 2,6 млн (9%) работников, не входящих ни в одну из указанных категорий.

Общая численность сестринского персонала в мире не соответствует потребностям, возникающим в связи с необходимостью обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения задач ЦУР. Более 80% сестринского персонала в мире работает в странах, в которых проживает половина населения планеты. Глобальный дефицит медсестер, который в 2016 г. составлял 6,6 млн, несколько снизился и в 2018 г. составил 5,9 млн. Порядка 89% этого дефицита (5,3 млн медсестер) приходится на долю стран с низким уровнем дохода и доходом ниже среднего, в которых рост численности сестринского персонала с трудом поспевает за ростом численности населения, обеспеченность сестринскими кадрами на душу населения растет незначительными темпами.

В некоторых регионах стабильность численности сестринского персонала находится под угрозой ввиду старения кадров. Средний возраст сестринского персонала в мире является относительно низким, однако в этом отношении ситуация является неоднородной в зависимости от региона. Так, в странах Америки и Европейском регионе средний возраст сестринских кадров значительно превышает средний возраст в других регионах. Для сохранения доступа населения к услугам здравоохранения на прежнем уровне странам с низким отношением численности начинающих медсестер (в возрасте до 35 лет) к численности медсестер предпенсионного возраста (старше 55 лет) потребуется обеспечить приток молодых специалистов в сфере сестринского дела и укрепить пакет мер по удержанию персонала. Государствам с большим числом молодых специалистов в структуре среднего медицинского персонала следует обеспечить их более равномерное географическое распределение.

Страны, в которых доля медсестер предпенсионного возраста превышает долю молодых медсестер, в будущем столкнутся с проблемой поддержания численности сестринского персонала.

Для решения проблемы дефицита сестринского персонала во всех странах к 2030 г. общее число молодых специалистов в области сестринского дела должно расти в среднем на 8% в год одновременно с расширением возможностей трудоустройства и принятием мер по удержанию этой категории персонала. Текущие тенденции указывают на то, что без этих мер к 2030 г. совокупная численность медсестер в мире составит 36 млн, а дефицит – 5,7 млн, главным образом в регионах Африки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья. Параллельно с этим дефицит среднего медицинского персонала на национальном уровне будет по-прежнему ощущаться в ряде стран регионов Европы, Америки и западной части Тихого океана.

Большинство стран (152 из 157 ответивших, то есть 97%) сообщили, что минимальная длительность программы обучения сестринского персонала составляет три года. В подавляющем большинстве стран имеются стандарты, определяющие содержание и продолжительность программы обучения (91%), механизмы аттестации (89%), национальные стандарты квалификации преподавательского состава (77%) и совмещенного (межпрофессионального) обучения (67%). Тем не менее данных об эффективности таких мер и механизмов мало. Кроме того, сохраняется большая неоднородность в том, что касается минимального уровня образования и подготовки медсестер, а также отмечаются нехватка преподавательского состава, инфраструктурные ограничения и дефицит мест для прохождения практики в учреждениях здравоохранения. О наличии среди сестринского персонала медсестер повышенной квалификации с расширенным кругом функций сообщили 78 (53%) стран. Имеются убедительные данные о том, что наличие сестринского персонала повышенной квалификации (с расширенным кругом должностных обязанностей и полномочий) способствует расширению доступа к первичной медико-санитарной помощи в сельских районах и позволяет устранить неравенство в доступе к услугам, с которым сталкиваются представители уязвимых слоев населения в городских районах.

Создание благоприятных условий труда и оказание сестринскому персоналу поддержки в полной реализации его профессионального потенциала в соответствии с уровнем образования и квалификации позволят сестринскому персоналу любого уровня эффективно оказывать первичную медико-санитар-



ную, профилактическую помощь, а также предоставлять другие услуги, что является необходимым условием обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения.

Каждый восьмой сотрудник сестринских служб работает за пределами страны своего рождения или обучения. Процесс международной мобильности сестринских кадров становится все более интенсивным. В этих условиях проблема равномерного распределения и удержания сестринского персонала становится все более насущной практически для всех стран. Неуправляемые миграционные процессы могут усугубить нехватку персонала и привести к отсутствию равноправного доступа к услугам здравоохранения.

В ряде регионов многие страны с высоким уровнем дохода испытывают чрезмерную зависимость от притока иностранного сестринского персонала ввиду недостаточного числа новых выпускников, дефицита сестринских кадров для заполнения имеющихся вакантных должностей или же, напротив, отсутствия возможностей для трудоустройства молодых специалистов.

В большинстве стран (86%) действует государственный орган регулирования в области сестринского дела. Почти две трети государств (64%) сообщили о наличии у них требований в отношении аттестации всех начинающих работников сестринских служб, почти три четверти стран (73%) – о наличии требований постоянного повышения квалификации сестринского персонала как условия продолжения профессиональной деятельности. Тем не менее регулирование обучения и профессиональной деятельности сестринского персонала не является стандартизированным, за исключением отдельных случаев существования на субрегиональном уровне механизмов взаимного признания дипломов и квалификации. В условиях высокой трудовой мобильности, растущего акцента на междисциплинарной работе и развития цифровых технологий перед надзорными органами встает сложная задача по постоянному обновлению норм регулирования в сфере обучения и профессиональной деятельности сестринского персонала и актуализации реестров сестринских трудовых ресурсов.

Сестринское дело остается профессией с сильным гендерным дисбалансом со всеми вытекающими последствиями в области трудовых отношений. Примерно 90% членов сестринского персонала – женщины, однако женщины крайне редко занимают руководящие должности в системе здравоохранения. Имеются данные о гендерно-обусловленном неравенстве в оплате труда, а также о других формах дискриминации на рабочем месте

по гендерному признаку. По результатам опроса, в большинстве стран созданы необходимые правовые механизмы охраны труда, включая нормативы по продолжительности рабочего дня, условиям труда, минимальной оплате труда и социальной защите, однако обеспеченность такими механизмами в различных регионах разная. Немногим более одной трети стран (37%) сообщили о наличии у них мер по предупреждению нападений на работников здравоохранения.

Всего 82 (71%) из 115 ответивших стран сообщили о наличии на национальном уровне высокопоставленного должностного лица, ведающего вопросами сестринского дела, в полномочия которого входит участие в выработке политики в областях сестринского дела и здравоохранения в целом. 78 (53%) стран сообщили о наличии национальной программы, направленной на расширение руководящих функций сестринского персонала. Одновременное наличие национального руководителя сестринских служб (или аналогичной должности) и программы по расширению руководящих функций сестринского персонала ассоциируется с наличием в целом более благоприятных нормативно-правовых условий труда сестринского персонала.

В связи с этим ВОЗ, Международный совет медицинских сестер и Международная конфедерация акушерок ВОЗ призывают правительства стран и все соответствующие заинтересованные стороны к следующему:

- вкладывать ресурсы в массированное ускорение развития сестринского образования (в преподавательский состав, инфраструктуру и студентов) для удовлетворения глобальных потребностей и национального спроса на сестринские кадры, а также реагирования на научно-технический прогресс и реализации моделей комплексного медицинского и социального обслуживания;

- обеспечить к 2030 г. создание по меньшей мере 6 млн новых рабочих мест в рамках сестринских служб, прежде всего в странах с низким и средним уровнями дохода, для предупреждения прогнозируемого дефицита сестринских кадров и устранения неравенства в обеспеченности населения сестринскими кадрами во всем мире;

- обеспечить укрепление лидерской роли работников сестринских служб посредством воспитания нынешних и будущих лидеров для обеспечения значимого участия сестринского персонала в процессах выработки политики здравоохранения и принятия решений, а также содействия повышению эффективности систем здравоохранения и социального обеспечения.

## РЕЗЮМЕ

## Центральная роль работников сестринского персонала в деле обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения Целей в области устойчивого развития

Сестринский персонал имеет решающее значение для выполнения задачи «никого не оставить без внимания» и успеха глобальных усилий по достижению Целей в области устойчивого развития (ЦУР). Эта категория медицинских работников вносит ценнейший вклад в решение национальных и глобальных задач, касающихся широкого спектра приоритетных проблем здравоохранения, включая всеобщий охват услугами здравоохранения, охрану психического здоровья и борьбу с неинфекционными заболеваниями, обеспечение готовности и реагирование на чрезвычайные ситуации, безопасность пациентов, а также оказание комплексной и ориентированной на потребности людей медицинской помощи.

Ни одна глобальная задача в сфере здравоохранения не может быть решена без координированных и систематических усилий по максимальной реализации потенциала сестринского персонала и повышению его роли в рамках междисциплинарных медицинских коллективов. Для этого требуется проведение политики по созданию условий, в которых работники сестринских служб будут достигать максимальной эффективности и результативности, посредством оптимизации круга обязанностей сестринского персонала, повышения значимости их функций, а также увеличения объема ресурсов, вкладываемых в их подготовку, профессиональное развитие и создание соответствующих рабочих мест. Такие инвестиции будут также способствовать выполнению задач ЦУР, касающихся образования, гендерных аспектов, достойного труда и инклюзивного экономического роста.

В докладе «Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.», подготовленном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в партнерстве с Международным советом медицинских сестер и глобальной кампанией «Сестринское дело сегодня» и при поддержке со стороны ряда государств и широкого круга партнеров, представлено убедительное обоснование ценности сестринского персонала для развития здравоохранения во всем мире.

© Shapecharge/Getty Images

Сестринский персонал – наиболее многочисленная категория в структуре медицинского персонала, на долю которой приходится порядка

**59%**

всех кадров здравоохранения.



## Данные о положении дел по состоянию на 2020 г.

В настоящее время отмечаются как рост численности сестринского персонала, так и расширение круга его должностных обязанностей и функций. Тем не менее эти процессы развиваются неоднородно и недостаточными темпами для удовлетворения растущих потребностей, в результате чего целые группы населения остаются без доступа к сестринской помощи.

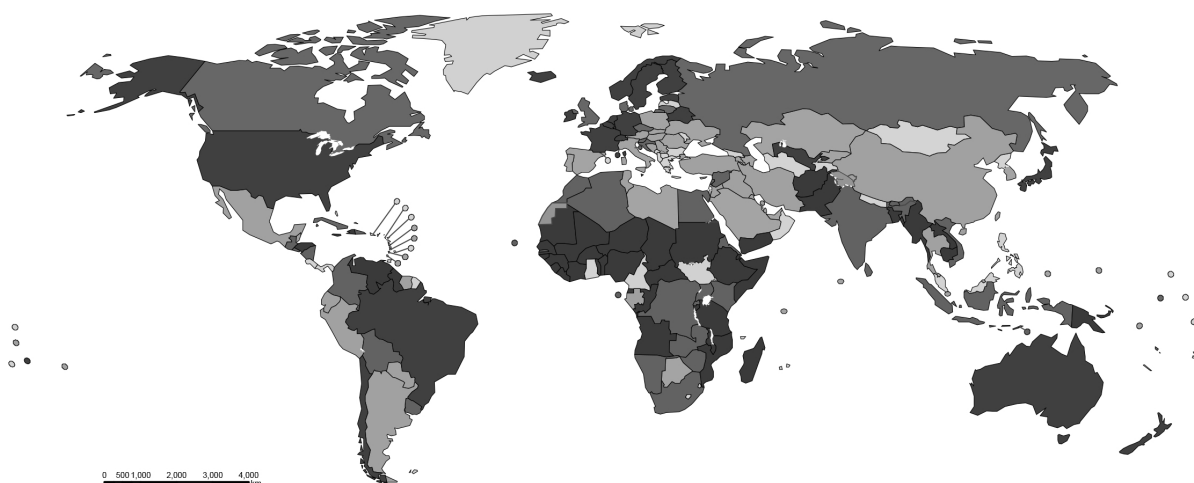
**Данные для доклада были предоставлены 191 страной, что является беспрецедентной цифрой и на 53% превосходит показатели за 2018 г.** Около 80% стран предоставили данные по 15 и более индикаторам. Тем не менее по таким аспектам, как потенциал в сфере обучения, уровень финансирования, оплата труда и динамика рынка труда, в имеющейся статистике отмечаются существенные пробелы. Это препятствует надлежащему выполнению анализа рынка труда в сфере здравоохранения, необходимого для принятия решений относительно политики развития сестринских кадров и предоставления соответствующего финансирования.

**Численность сестринского персонала во всем мире составляет 27,9 миллиона человек, из которых 19,3 миллиона – медсестры профессионального уровня.** Это свидетельствует о росте общей численности этой категории работников на 4,7 миллиона за период 2013-2018 гг. и подтверждает, что сестринский персонал – наиболее многочисленная категория в структуре медицинского персонала, на долю которой приходится порядка 59% всех кадров здравоохранения. К 27,9 миллиона работников сестринских служб относятся 19,3 (69%) медсестер профессионального уровня, 6 миллионов (22%) медицинских сестер ассоциированного профессионального уровня и 2,6 миллиона (9%) работников, не относящихся ни к одной из указанных категорий.

**Общая численность сестринского персонала в мире не соответствует потребностям, возникающим в связи с необходимостью обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения задач ЦУР.** Более 80% сестринского персонала в мире работает в странах, в которых проживает половина населения планеты. Глобальный дефицит медсестер, который по оценкам составлял 6,6 миллиона в 2016 г., несколько снизился и в 2018 г. составил 5,9 миллиона работников. Порядка 89% этого дефицита (5,3 млн медсестер) приходится на долю стран с низким уровнем дохода и доходом ниже среднего, в которых рост численности сестринского персонала с трудом поспевает за ростом численности населения и где обеспеченность сестринскими кадрами на душу населения растет незначительными темпами. На рисунке 1 показаны значительные различия в показателях обеспеченности сестринским персоналом на душу населения, причем наибольшие пробелы в обеспеченности сестринским персоналом отмечаются в странах Африки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья, а также в некоторых странах Латинской Америки.

**Рисунок 1** Обеспеченность сестринским персоналом на 10 000 человек населения в 2018 г.

■ < 10   ■ 10-19   ■ 20-29   ■ 30-39   ■ 40-49   ■ 50-74   ■ 75-99   ■ более 100  
■ не применимо   ■ нет данных



\*Включая сестринский персонал профессионального и ассоциированного профессионального уровней.

Источник: Национальные счета кадров здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения, 2019 г. Новейшие доступные данные за период 2013-2018 гг.

## Сестринское дело

**В некоторых регионах стабильность численности сестринского персонала находится под угрозой ввиду старения кадровых ресурсов.** Средний возраст сестринского персонала в мире является относительно низким, однако в этом отношении ситуация является неоднородной в зависимости от региона. Так, в Регионе стран Америки и Европейском регионе средний возраст сестринских кадров значительно превышает их средний возраст в других регионах. Для сохранения доступа населения к услугам здравоохранения на прежнем уровне странам с низким отношением численности начинающих медсестер (т.е. медсестер в возрасте до 35 лет) к численности медсестер предпенсионного возраста (в возрасте более 55 лет) потребуется обеспечить приток молодых специалистов в сфере сестринского дела и укрепить пакет мер по удержанию персонала. Странам с большим числом молодых специалистов в структуре среднего медицинского персонала следует обеспечить их более равномерное географическое распределение. Как показано на рисунке 2, страны, в которых доля медсестер предпенсионного возраста превышает долю молодых медсестер (т.е. страны, находящиеся над зеленой линией), в будущем столкнутся с проблемой поддержания численности сестринского персонала.

**Рисунок 2** Доля медсестер старше 55 лет и младше 35 лет (по данным из выборки стран)



\* Включая сестринский персонал профессионального уровня и ассоциированного профессионального уровня.

Источник: Национальные счета кадров здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения, 2019 г. Новейшие доступные данные за период 2013–2018 гг.

Для решения проблемы дефицита сестринского персонала во всех странах к 2030 г. общее число молодых специалистов в области сестринского дела должно расти в среднем на 8% в год одновременно с расширением возможностей трудоустройства и принятием мер по удержанию этой категории персонала. Текущие тенденции указывают на то, что без этих мер к 2030 г. совокупная численность медсестер в мире составит 36 миллионов, а дефицит – 5,7 миллиона работников, главным образом, в регионах Африки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья. Параллельно с этим дефицит среднего медицинского персонала на национальном уровне будет по-прежнему ощущаться в ряде стран регионов Европы, Америки и Западной части Тихого океана. На рисунке 3 показано прогнозируемое увеличение численности сестринского персонала с разбивкой по регионам ВОЗ и категориям стран по уровню дохода.

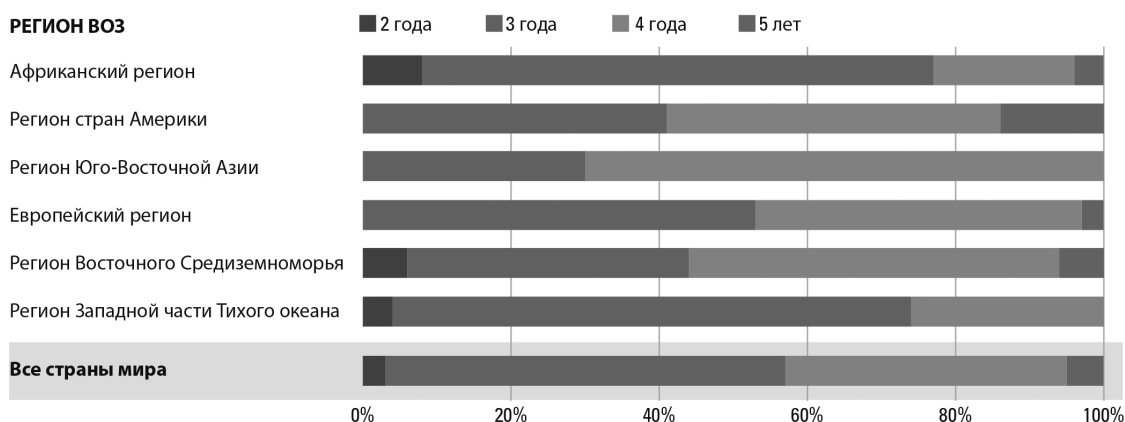
**Рисунок 3** Прогнозируемое увеличение (в период до 2030 г.) численности сестринского персонала в разбивке по регионам ВОЗ и категориям стран по уровню дохода



\*Включая сестринский персонал профессионального уровня и ассоциированного профессионального уровня.

В этих условиях проблема равномерного распределения и удержания сестринского персонала становится все более насущной **ПРАКТИЧЕСКИ ДЛЯ ВСЕХ СТРАН.**

**Рисунок 4** Средняя продолжительность обучения сестринского персонала профессионального уровня в разбивке по регионам ВОЗ (в годах)



Источник: Национальные счета кадров здравоохранения за 2019 г. по 99 странам и база данных Sigma по 58 странам. Новейшие данные, предоставленные странами в период с 2013 по 2018 г.

**Большинство стран (152 из 157 ответивших, т.е. 97%) сообщили, что минимальная длительность программы обучения сестринского персонала составляет три года.** В подавляющем большинстве стран имеются стандарты, определяющие содержание и продолжительность программы обучения (91%), механизмы аттестации (89%), национальные стандарты квалификации преподавательского состава (77%) и совмещенного (межпрофессионального) обучения (67%). Тем не менее данных об эффективности таких мер и механизмов мало. Кроме того, сохраняется большая неоднородность в том, что касается минимального уровня образования и подготовки медсестер, а также отмечаются нехватка преподавательского состава, инфраструктурные ограничения и дефицит мест для прохождения практики в учреждениях здравоохранения. Как показано на рисунке 4, продолжительность обучения сестринского персонала в мире обычно составляет три-четыре года.

**О наличии среди сестринского персонала медсестер повышенной квалификации с расширенным кругом функций сообщили 78 стран (53% ответивших).** Имеются убедительные данные о том, что наличие сестринского персонала повышенной квалификации (с расширенным кругом должностных обязанностей и полномочий) способствует расширению доступа к первичной медико-санитарной помощи в сельских районах и позволяет устранить неравенство в доступе к услугам, с которым сталкиваются представители уязвимых слоев населения в городских районах. Создание благоприятных условий труда и оказание сестринскому персоналу поддержки в полной реализации его профессионального потенциала в соответствии с уровнем образования и квалификации позволят сестринскому персоналу любого уровня эффективно оказывать первичную медико-санитарную помощь, профилактическую помощь, а также предоставлять многие другие услуги, что в конечном счете является необходимым условием обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения.

**Каждый восьмой работник сестринских служб работает за пределами страны своего рождения или обучения.** Процесс международной мобильности сестринских кадров становится все более интенсивным. В этих условиях проблема равномерного распределения и удержания сестринского персонала становится все более насущной практически для всех стран. Неуправляемые миграционные процессы могут усугубить нехватку персонала и привести к отсутствию равноправного доступа к услугам здравоохранения. Как показывают

© Nazeer Al-Khatib/AFP via Getty



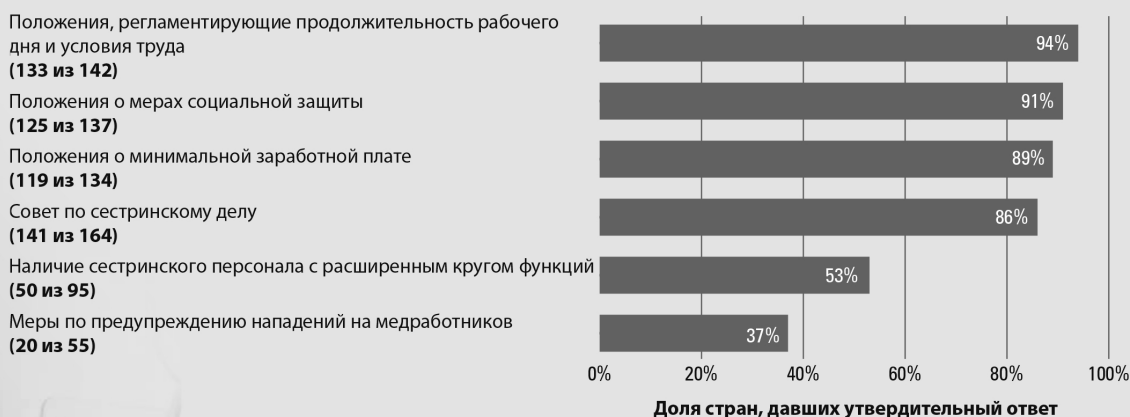
данные, в ряде регионов многие страны с высоким уровнем дохода испытывают чрезмерную зависимость от притока иностранного сестринского персонала ввиду недостаточного числа новых выпускников, дефицита сестринских кадров для заполнения имеющихся вакантных должностей или же, напротив, отсутствия возможностей для трудоустройства молодых специалистов.

**В большинстве стран (86%) действует государственный орган регулирования в области сестринского дела.** Почти две трети стран (64%) сообщили о наличии у них требований в отношении аттестации всех начинающих работников сестринских служб, и почти три четверти стран (73%) сообщили о наличии требований постоянного повышения квалификации сестринского персонала как условия продолжения профессиональной деятельности. Тем не менее регулирование обучения и профессиональной деятельности сестринского персонала не является стандартизированным, за исключением отдельных случаев существования на субрегиональном уровне механизмов взаимного признания дипломов и квалификации. В условиях высокой трудовой мобильности, растущего акцента на междисциплинарной работе и развития цифровых технологий перед надзорными органами встает трудная задача по постоянному обновлению норм регулирования в сфере обучения и профессиональной деятельности сестринского персонала и актуализации реестров сестринских трудовых ресурсов. На рисунке 5 показана доля стран (из числа предоставивших соответствующую информацию), в которых существуют нормативные положения, регламентирующие условия труда.

**Сестринское дело остается профессией с сильным гендерным дисбалансом со всеми вытекающими последствиями в области трудовых отношений.** Порядка 90% членов сестринского персонала – женщины, однако медсестры или женщины крайне редко занимают руководящие должности в системе здравоохранения. Имеются данные о гендерно-обусловленном неравенстве в оплате труда, а также о других формах дискриминации на рабочем месте по гендерному признаку. По результатам опроса, в большинстве стран созданы необходимые правовые механизмы охраны труда, включая нормативы по продолжительности рабочего дня, условиям труда, минимальной оплате труда и социальной защите, однако обеспеченность такими механизмами в разных регионах разная. Немногим более одной трети стран (37%) сообщили о наличии у них мер по предупреждению нападений на работников здравоохранения.

**Всего 82 из 115 ответивших стран (71%) сообщили о наличии на национальном уровне высокопоставленного должностного лица, ведающего вопросами сестринского дела, в полномочия которого входит участие в выработке политики в областях сестринского дела и здравоохранения.** 78 стран (53% ответивших) сообщили о наличии национальной программы, направленной на расширение руководящих функций сестринского персонала. Одновременное наличие национального руководителя сестринских служб (или аналогичной должности) и программы по расширению руководящих функций сестринского персонала ассоциируется с наличием в целом более благоприятных нормативно-правовых условий труда сестринского персонала.

**Рисунок 5** Доля стран, в которых существуют нормативные положения, регламентирующие условия труда



Источник: Национальные счета кадров здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения, 2019 г.



*Профессор Ю. К. Абаев*

## МЕДИЦИНА В ЭПОХУ ПОСТМОДЕРНА

*Редакция журнала «Здравоохранение»*

*Нельзя врачевать тело,  
не врачая душу.  
Сократ*

Несмотря на достижения медицины: продолжительность жизни увеличивается, смертность снижается, многие болезни, считавшиеся прежде фатальными, теперь излечимы – в XXI в. здравоохранение вошло с большим грузом нерешенных проблем. Продолжается рост частоты и омоложение сердечно-сосудистых, онкологических и других неинфекционных заболеваний. Возникла еще одна важная проблема – негативное отношение к медикам, и она никогда не была столь актуальна, как сейчас. К медицинским работникам стали относиться с подозрением и даже с враждебностью. Причина не только в том, что появились платные медицинские услуги и затраты на лечение увеличиваются, главное – медицина теряет свою духовную основу. Нарушен неписанный, соблюдаемый веками закон гуманного общения медика и пациента. Порой создается впечатление, что у медработников столь же низкая репутация, как во времена Экклезиаста (IV–III вв. до н. э.), который говорил: «Согрешивший перед Создателем да попадет в руки врачей...»

Врач уравнивается с медицинским оборудованием, призванным обеспечить выполнение услуги, потребителем которой является пациент. Морально-этические отношения заменяются медико-экономическими стандартами (протоколами), которые регулируют оказание медицинской помощи. Оказание медицинской помощи все больше удаляется от врачевания, которое начинается с необходимости слушать пациента, и подменяется безликой совокупностью симптомов, а то и просто набором лабораторно-инструментальных данных, что привело к закономерному сокращению общения медика с пациентом, его обезличиванию, деперсонализации. Игнорирование внутреннего мира больного человека приводит к ощущению заброшенности, одиночества и ненужности. Отсюда недоверие, а порой и боязнь врачей, которые испытывает почти половина тех, кто обращается за медицинской помощью.

Медицина тесно связана с судьбой человека, его здоровьем и жизнью, отсюда вытекают особые требования к личности и нравственному облику медицинского работника. Наиболее полно они выражаются понятием «гуманизм», составляющим этическую основу медицины. Без гуманизма медицина теряет смысл, ее научные принципы вступают в противо-

речие с основной целью – служить человеку. Сложность медицинской профессии заключается в том, что здесь, как ни в одной другой специальности, должны совмещаться профессионализм и психологическое мастерство. Многовековой опыт медицины свидетельствует о том, что хороший медик – это не только квалифицированный специалист в своей области, но и личность, глубоко разбирающаяся во всех тонкостях загадочной души пациента. Эффективность медицинской помощи в значительной степени зависит от стремления медика и пациента к эффективному диалогу. Только диалог способен сделать их единомышленниками, не теми, кто мыслит одинаково, а теми, кто думает об одном.

Если раньше в медицине господствовала личность врача, то теперь – упрощенное восприятие пациента, увлечение медикаментозной терапией и лабораторно-инструментальными исследованиями. В такой медицине медикам не обязательно запоминать лица больных, а пациентам – медиков. Диалог носит формальный характер и реализуется в основном через историю болезни, анализы и различные исследования. Установив диагноз, врач стремится быстрее выписать рецепт и «покончить» с очередным больным. Ирония судьбы – стетоскоп, созданный для того, чтобы «отделить» доктора от больного, сегодня оказался чуть ли не единственным средством, заставляющим врача физически прикоснуться к нему.

Пациент, обживая неуютные больничные пространства, все чаще ловит себя на грустной мысли, что отношения с медицинскими работниками утрачивают искренность, доверие, теплоту и душевность. Пациентам хотелось бы, чтобы все медики были святыми и бесребрениками, раз они доверяют им свою жизнь, а врачи и медсестры – обыкновенные люди. Как в любой профессии, среди медицинских работников есть и посредственные специалисты, и творцы от Бога, но вторых, как и в других специальностях, обычно немного. Поэтому здравоохранение всегда испытывало дефицит в Пироговых, Боткиных, Вишневских, Бурденко, Амосовых, Федоровых.

Надежда на встречу со своим единственным врачом начинает угасать, а больные все так же, как и во времена Гиппократов, ждут своего доктора Айболита. Они не желают, чтобы медработник отгораживался от них медицинской техникой, хотят видеть



в нем человека, которому можно верить, чтобы на них смотрели, их слушали, с ними разговаривали. Ждут улыбки, ласковой строгости, хотят знать, что с ними происходит, быть не только потребителями, но и сотворцами своего здоровья. Именно в этом в большинстве случаев заключается причина недовольства и конфликтов. Жалобы, как правило, возникают не на качество оказания медицинской помощи, а на бездушные и формализм. И это нельзя объяснить невысокой зарплатой медиков, такая же ситуация складывается и в других странах.

Введение клинических протоколов в лечебный процесс, казалось бы, должно решить эти проблемы – врач и пациент больше не попадают в поле отрицательного эмоционального взаимодействия, их отношения фактически определяет медико-экономический стандарт. Постановка диагноза с помощью неинвазивных инструментальных методик также должна сводить к минимуму конфликтные ситуации, уменьшив время непосредственного контакта обеих сторон лечебного процесса. И хотя в этой схеме нет места проявлениям яркого харизматического таланта врача, но нет и чрезмерной психологической нагрузки от физикального обследования пациента и сопереживания его состоянию. Однако оказалось, что сокращается не время общения, теряется сам факт общения. Перед врачом уже не больной, а абстрактный «образ болезни», и знать, кто за ним стоит, в ряде медицинских специализаций вообще не обязательно.

В результате произошедшей трансформации «неконфликтная» обезличенность ставит перед врачом и пациентом ряд проблем. Дело в том, что медиком благодатно не только за излечение, но и за душевное отношение, чуткость, то есть за качества, которые медико-экономическим стандартом не предусмотрены. Медицинские работники в свою очередь задаются вопросом, нормальна ли ситуация, когда вместо пациента перед ними его абстрактный образ, а иногда нет и такового. Это порождает конфликты, где по старинке начинается выяснение отношений с переходом на личности. Отсюда переходящая разумные пределы необоснованная требовательность пациентов и столь популярные обвинения медиков в равнодушии и халатности, что вызывает массу взаимных упреков. Медработникам рекомендуют повышать профессиональный и нравственный уровень, апеллируя к гуманности медицины. При этом не учитывается важнейший фактор: в обществе, находящемся в состоянии, изменяющем личностные характеристики его членов, стандартные рекомендации «работайте, как вас учили» все меньше работают, поскольку учили, опираясь на принципы, обществом стремительно утрачиваемые.

Дискуссия об изменении отношений медика и пациента не нова, однако нуждается в расширении дисциплинарного подхода и требует представления о социальных процессах, которые привели к такой конфигурации проблем медицинской этики. Разви-

тие общества свидетельствует о том, что отношения врача, медсестры и пациента зависят не только от медицинского образования и качества оказания медицинской помощи, но и от изменения принципов функционирования межличностных отношений, вызванных глобальной трансформацией общественного устройства, которое называют состоянием (эпохой) постмодерна.

Исторически общество прошло долгий путь от состояния премодерна, для которого характерны иерархичность, религиозность, имперскость, этничность к эпохе модерна, опиравшейся на права человека, светскость, национальное государство и нацию. Современная общественная система постмодерна гораздо более размыта, чем предыдущие эпохи, что характеризуют отражающие ее категории: произвольность отношения с другим индивидуумом, индифферентность к религии либо принятие «своей» религии (личное мифотворчество), глобализация и космополитизм.

Эпоха постмодерна трансформирует общественное и личное сознание, заставляя общество развиваться в рамках агностицизма (истиной становится общепринятое мнение, особенно многократно отраженное в средствах массовой информации), прагматизма (единственное мерило успеха – деньги), эклектизма (главный принцип – цель оправдывает средства), анархо-демократизма (любое объединение, вплоть до государства, воспринимается как угнетающее личность). Если добавить сюда основные характеристики состояния постмодерна – нестабильность, случайность, дискретность, то главным отличием постмодерна от предыдущих эпох является отсутствие четкой границы между добром (есть только категория «лучше») и злом (категория «хуже»). В различных ситуациях зло вполне может быть добром, и наоборот, все зависит от цели и обстоятельств. При этом исчезает главное, на чем базируется этика любой профессиональной сферы, – нравственность. Она, по сути, условна или вообще не нужна, она неудобна.

Современная трансформация общества приводит к изменению человеческой личности. Фактически она теряется, чему во многом способствует Интернет, и следствие антропоцентризма – выраженное одиночество индивидуума. Человек смятен, его ментальность подавлена страхом. Постмодерн «мыслит» сугубо абстрактными категориями, причем абстрактность как следствие страха часто негативна. Обвинения из ряда «конечно, это же наши врачи...» уже не зависят от личностных характеристик конкретного врача – он абстрактен. Свою лепту в формирование негативного образа медицинских работников вносят завладевшие ушами и глазами населения средства массовой информации. В популярных ток-шоу обсуждают продажных «айболитов», которые только и умеют подставлять карманы под заранее оговоренные суммы и продвигать дорогие бесполезные лекарственные средства, оплаченные фармацевтическими

## История, факты, события

фирмами. И вот уже перед населением два образа – врача и больного, причем образ пациента более реален, по крайней мере, реальна его болезнь, а вот образ врача складывается из общественного мнения и собственных ожиданий пациента.

Медицина преמודерна была сродни служению, пациент полностью доверял доктору, все зависело от врача, его совести и опыта. В рамках патерналистской медицины отношения между доктором и пациентом напоминали взаимоотношения отца и ребенка. Лишь отец решал, как поступить наилучшим образом при болезни ребенка. На смену преמודерну пришла эпоха модерна, которая внесла четкую границу между нормой в состоянии здоровья и отклонением от нее, пациент был осведомлен о состоянии, к которому в результате лечения его необходимо приблизить. Постепенно и эта модель, сформированная эпохой модерна, на которой до сих пор базируется медицинское образование, утрачивается. Уходит в прошлое патернализм в отношениях медика и пациента.

Для современной цивилизации важнейшей ценностью становится свободная личность и ее неотъемлемые права. Пациент превратился из послушного и пассивного объекта врачебного воздействия в полноправного участника лечебного процесса. Болезнь оказывается как бы собственностью этой личности, и, стало быть, пациент может распоряжаться этой собственностью как ему заблагорассудится. При подобном взгляде только больной вправе решать – лечиться ему или нет, а если лечиться, то у кого и как. Логическое развитие этого постулата приводит к тому, что болезнь перестает быть безусловным злом, с которым следует немедленно вступить в борьбу, не ожидая разрешения пациента.

В постмодерне категория «норма» отсутствует или размыта. Пациент эпохи постмодерна стремится не только к излечению и гармонии, но и к известному ему одному состоянию – «каким я хочу быть», что автоматически переводит медицину в сферу услуг, уравнивая врача с парикмахером и стилистом. В сознании современного пациента норма – это его образ реальности, которую он хочет обрести, и это не всегда синоним гармонии или исцеления. Невозможность или отказ привести его в состояние этого образа неизменно сказывается на оценке действий медика. Причем, как показывают примеры с судебным преследованием, нанесением увечий и даже убийством врача пациентом, недовольным пластической операцией, оценка может быть самой радикальной. Перемены, происходящие в обществе, оказывают колоссальное влияние, способствуя трансформации медицины, где врач наряду с медицинскими приборами становится лишь единицей производства. Нравственность и душевные отношения исчезают, и медицина, ее блистательная практическая составляющая из служения во имя борьбы с недугом пациента все больше превращается в сферу обычной услуги.

Залог успешного лечения – это взаимоотношения между медицинским работником и пациентом,

основанные на уважении, доверии, поддержке и понимании. Для этого технически оснащенный медик должен не только лечить, но и уметь разговаривать с больным человеком. Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами, понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания, все то, что испытывает и переживает пациент, его представление о болезни и ее причинах. Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире медики пользуются общими принципами. Состояние душевного комфорта пациента – главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность. Хороший врач, медицинская сестра – это не только профессионализм, энциклопедические знания, взвешенные решения и совершенное владение техникой медицинских манипуляций, но и умение говорить с больным. Кстати, слово «врач» происходит от слова «врать», которое в старину имело значение «говорить», «заговаривать».

Опытный врач больше внимания уделяет общению с пациентом, сбору анамнеза и физикальному обследованию, а данные лабораторных и инструментальных исследований ставит рангом ниже. Правильный диагноз по данным анамнеза ставится 45–50% пациентам, на основании опроса и физикальных методов обследования – 80–85% больных, и лишь у 15–20% пациентов для постановки диагноза требуется углубленное лабораторное и инструментальное исследование. К сожалению, навыками общения медики овладевают стихийно, это приходит с годами и приобретенным опытом, специально этому в медицинских вузах и колледжах не обучают.

Расщепленная на множество специальностей современная высокотехнологичная медицина доказала свое умение ставить диагноз более достоверно, чем прежде, и помогать при фатальных в прошлом болезнях, но к искусству врачевания это никакого отношения не имеет. От былого единства медицинской профессии остались лишь трогательные воспоминания. Давние заповеди врачевания постепенно забываются и призыв «лечить не болезнь, а больного» все чаще воспринимается как давно опостылевшая сентенция вконец одряхлевших профессоров. Сегодня, когда возобладали коммерческая составляющая в жизни общества и медицина прочно вписалась в сферу обслуживания, былым взглядам и традициям остается все меньше места. Искусство врачевания, производившее столь неизгладимое впечатление в прошлом, становится невостребованным, а будущее его сомнительным. Заменит ли его предикативная, превентивная и персонализированная медицина, основанная на геномных, постгеномных и клеточных технологиях, терапевтическом лекарственном мониторинге и раннем таргетном фармакотерапевтическом вмешательстве?

Всем известна легенда об Аполлоне – боге-целителе, прорицателе, покровителе искусств –

и его сыне Асклепии. Память об Асклепии сохранилась, его почитают как основоположника медицины. Однако у Аполлона был второй сын – Платон. Асклепий врачевал тело, Платон – душу, и только вместе они достигали успеха. К сожалению, Платон и его искусство сегодня забыты, медицина все больше развивается как наука и ремесло, психологии врачевания уделяется мало внимания. Между тем важнейшими составляющими в работе медика были и остаются знания психологии и искусство общения с больным человеком. Сочувствие, внимание, готовность прийти на помощь всегда – основанья работы медицинского работника. Они никогда не устареют и не выйдут из моды, как бы ни были стремительны прогресс медицины и развитие общества.

### Использованная литература

1. Абаев Ю. К. *Техницизм и клиницизм // Здоровоохранение.* – 2011. – № 6. – С. 35–41.
2. Бодрова Т. А. *Введение в предиктивно-превентивную медицину: опыт прошлого и реалии дня завтрашнего / Т. А. Бодрова [и др.] // Вестник РАМН.* – 2013. – № 1. – С. 58–64.
3. Вартанян Ф. Е. *Современные тенденции развития здравоохранения // Здоровоохранение.* – 2008. – № 1. – С. 16–23.
4. Гогин Е. Е. *Стремительный разносторонний прогресс и неоправданные утраты в диагностике // Терапевтический архив.* – 2008. – № 8. – С. 27–30.
5. Дедов И. И. *Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы / И. И. Дедов и др. // Вестник РАМН.* – 2012. – № 12 – С. 4–12.
6. Деррида Ж. *Глобализация. Мир. Космополитизм.* – М., 2004. – С. 125–140.

7. Димов А. С. *Кризис деонтологии: методологические аспекты // Клиническая медицина.* – 2008. – № 12. – С. 4–7.
8. Дугин А. Г. *Геополитика постмодерна.* – СПб., 2007. – 282 с.
9. Гидденс Э. *Ускользящий мир: как глобализация меняет нашу жизнь.* – М., 2004. – 122 с.
10. Кассирский И. А. *О врачевании.* – М., 1970. – 312 с.
11. Лаун Б. *Утерянное искусство врачевания.* – М., 1998. – 374 с.
12. Лихтерман Л. Б. *Этика и гуманизация современной нейрохирургии // Нейрохирургия.* – 2015. – № 2. – С. 7–12.
13. Магазаник Н. А. *Диагностика без анализов, лечение без лекарств.* – М., 2014. – 354 с.
14. Сергеев Ю. Д. *Врач и пациент: этические и правовые аспекты взаимоотношений / Ю. Д. Сергеев [и др.] // Медицинское право.* – 2016. – № 1 – С. 3–6.
15. Тополянский В. Д. *Конец эпохи врачевания // Независимый психиатрический журнал.* – 2011. – № 1. – С. 13–17.
16. Улащик В. С. *О некоторых современных тенденциях развития медицины // Новости медико-биологических наук.* – 2013. – Т. 7, № 2. – С. 182–195.
17. Хабермас Ю. *Философский дискурс о модерне.* – М., 2003. – 416 с.
18. Церпицкая О. Л. *Новые тенденции во взаимоотношениях врача и пациента / О. Л. Церпицкая [и др.] // Скорая медицинская помощь.* – 2016. – № 1. – С. 3–8.
19. Чазов Е. И. *Врачевание в прошлом и настоящем. Что мы приобрели и что теряем? // Терапевтический архив.* – 2009. – № 5. – С. 9–14.



*С. М. Русак*

## МЕРЫ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ВО ВРЕМЯ COVID-19

*31-я городская поликлиника г. Минска*

«Запасы» психологической устойчивости у людей неумолимо истощаются. Когда наше сознание поглощено новостями о распространении коронавируса и его влиянии на наше здоровье и здоровье близких людей, на экономику стран, исследовательскую деятельность, финансирование или трудоустройство студентов, которые столкнулись с внезапным и резким переходом на дистанционное обучение, – как мы можем поддержать собственное психическое здоровье и благополучие нашего общества? Мы все находимся сейчас в напряжении, но именно это позволит проверить качество стратегий и практик в области психического здоровья многих исследовательских институтов по всему миру. Принимая оптимальные меры по охране психического здоровья и благополучия и полагаясь на других, когда это необходимо, мы сможем защитить себя и окружающих.

### **Проработка ожиданий**

Карантин вряд ли будет тем самым отпуском, о котором вы давно мечтали. Предположение, что период карантина может послужить беспрецедентной продуктивности, подразумевает, что мы должны поднять планку, а не понизить ее. Не стоит недооценивать когнитивную и эмоциональную нагрузку, которую несет эта пандемия сама по себе или ее влияние на вашу производительность, по крайней мере, в краткосрочной перспективе. Проблемы с концентрацией, низкая мотивация и пребывание в «повешенном состоянии» – то, чего следует ожидать в первую очередь. Адаптация займет время. Не стоит требовать от себя слишком много. Когда мы осваиваем новый ритм удаленной работы и жизни в условиях изоляции, нужно быть реалистичными в отношении поставленных целей.

### **Научиться управлять своим порогом стресса**

Постарайтесь заложить прочный фундамент для своего психического здоровья и благополучия, расставив приоритеты в виде оптимизации режима сна и бодрствования и обязательно соблюдайте правила гигиены сна (например, избегайте освещения с преобладанием синего спектра перед сном). Питайтесь сбалансированно и разнообразно: имейте в виду, что ситуация может привести вас к чрезмерному употреблению алкоголя или другим срывам, чтобы справиться со стрессом, – это понятный механизм психологической защиты, который, однако, потенциально

может нанести вред в долгосрочной перспективе. Занимайтесь спортом – это снизит уровень стресса, поможет лучше управлять своими эмоциями и наладить сон.

### **Знать свои «красные флаги»**

Один из способов управления стрессом состоит в том, чтобы определить ключевые мысли или физические ощущения, которые, как правило, являются триггерами, способствующими развитию стресса или ощущения подавленности. Наши мысли («Почему я не могу сконцентрироваться?»), чувства (разочарование, беспокойство, грусть), физические ощущения (напряжение, расстройство пищеварения, дрожь) и действия (такие, как принудительная проверка последних статистических данных о COVID-19) подпитывают и усиливают негативные эмоции. Разрешение одного из элементов такого порочного круга, например, путем активного снижения физических симптомов (можно использовать дыхательные упражнения в несколько подходов: вдох на четыре счета, задержка дыхания – четыре счета, выдох на четыре счета, задержка дыхания на четыре счета, затем повторить снова) может прервать порочный круг мыслей и действий и помочь восстановить контроль над своими чувствами.

### **Рутинa – наш новый друг**

Предсказуемая повседневность помогает справиться с тревогой и может помочь быстрее адаптироваться к условиям нынешней реальности. Четко разграничивайте рабочее и нерабочее время, в идеале как в физическом смысле (отдельное рабочее пространство), так и в своей голове. Найдите что-то, что не связано ни с вашей работой, ни с вирусом и приносит вам радость. Работа короткими очередями с четкими перерывами поможет сохранить ясность мысли.

### **Сострадательное отношение к себе и другим**

Мы многое не можем контролировать прямо сейчас, но то, как мы поступаем сами с собой в эти трудные времена, может либо обеспечить мощный буфер для преодоления нынешних непростых обстоятельств, либо еще больше способствовать развитию тревоги и стресса. Моменты ощущения перегруженности часто приходят вместе с тяжелыми мыслями, такими как «Я не могу этого сделать» или «Это слишком сложно». Пандемия станет причиной силь-

ного напряжения у многих, и мы не можем все время быть «идеальной версией себя». Мы должны быть в силах обратиться за помощью или позволить другим обратиться за помощью к нам.

#### **Поддерживать социальные связи**

Даже самые замкнутые люди нуждаются в некотором ощущении связи с другими для поддержания психического и даже физического здоровья. Многие рабочие группы создали виртуальные форумы, где можно внести свой вклад или просто расслабиться и наслаждаться болтовней. Некоторые рабочие коллективы объединились и создали виртуальные ко-

фейные группы, книжные клубы онлайн и открытые рабочие онлайн-пространства, где можно работать в присутствии (виртуальном) других. Мы находимся в социальной изоляции, но нам не нужно чувствовать себя одинокими. Помогите тем, кто может быть особенно сильно изолирован в данной ситуации.

#### **Справляться с неопределенностью, оставаясь в настоящем**

Принимайте каждый день таким, какой он есть, и сосредоточьтесь на том, что вы можете контролировать. Осознанность и медитативные практики могут послужить отличными инструментами.

### ***Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку***

*Микробиологический мониторинг больничного белья и комплекс санитарно-гигиенических мероприятий по его обработке / Н. М. Лонгинова [и др.] // Старшая медицинская сестра. – 2019. – № 1. – С. 29–36.*

*Митрофанова, Н. А. Сестринское дело во фтизиатрии : учеб. для мед. училищ и колледжей / Н. А. Митрофанова, Ю. В. Пылаева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 276 с.*

*Младшая медицинская сестра по уходу за больными : учебник / С. И. Двойников [и др.] ; под ред.: С. И. Двойникова, С. Р. Бабаяна. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 506 с.*

*Мороз, Т. Л. Как заполнять журнал регистрации операций с НС и ПВ по новым правилам. Алгоритм и СОП в помощь / Т. Л. Мороз // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 6. – С. 56–67.*

*Мороз, Т. Л. Как работать с лекарствами по новому приказу Минздрава / Т. Л. Мороз // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 5. – С. 64–66.*

*Некоторые психологические особенности медсестер психиатрического и терапевтического профилей / А. В. Худяков [и др.] // Медицинская сестра. – 2018. – Т. 20, № 7. – С. 51–53.*

*Опина, О. Г. Медсестры в проекте «Координаторы здоровья»: как развивать новую сестринскую технологию / О. Г. Опина // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 6. – С. 82–95.*

*Организация сестринской деятельности : учеб. пособие / С. Р. Бабаян [и др.] ; под ред. С. Р. Бабаяна. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 645 с.*

*Основы ухода за больными в терапевтической клинике : учеб. пособие / О. А. Доготарь [и др.]. – М. : РУДН, 2018. – 108 с.*

*Островская, И. В. Оценка готовности к применению на практике теории созидательной заботы / И. В. Островская, Е. В. Дятлова, М. М. Михайловский // Медицинская сестра. – 2018. – Т. 20, № 3. – С. 46–50.*

*Пайбактова, Т. А. Внедрение стандартных операционных процедур как элемент повышения качества сестринской помощи / Т. А. Пайбактова, Е. Я. Кузьминых // Старшая медицинская сестра. – 2018. – № 3. – С. 13–36.*

*Паллиативная помощь в призме философии сестринского дела / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 1. – С. 24–31.*

*Парфенова, С. Г. Опыт применения контейнерных систем «Эрмис» в многопрофильной медицинской организации / С. Г. Парфенова, Ж. В. Юн // Старшая медицинская сестра. – 2018. – № 4. – С. 10–14.*

*Петрова, Н. Г. О мотивации студентов медицинского колледжа к получению образования и их профессиональных намерениях / Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян, Н. И. Соболева // Медицинская сестра. – 2018. – Т. 20, № 7. – С. 53–56.*

*План главной медсестры на 2019 год: важные изменения и готовые образцы // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 11. – С. 12–19.*

*План действий перед отпуском: готовые решения от руководителей сестринского персонала / В. А. Шнейдер [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 5. – С. 54–62.*

*Плехова, Е. В. Психологические аспекты деятельности медицинской сестры педиатрического профиля / Е. В. Плехова // Старшая медицинская сестра. – 2019. – № 2. – С. 46–50.*

*Полубоярцев, И. О. Независимые сестринские вмешательства при уходе за пациентами, страдающими деменцией / И. О. Полубоярцев // Старшая медицинская сестра. – 2018. – № 7. – С. 13–18.*

*Предварительные и периодические медицинские осмотры работающего населения как инструмент сохранения здоровья нации / Д. С. Будащ [и др.] // Медицинская сестра. – 2018. – Т. 20, № 7. – С. 3–7.*

*Программа обучения младшей медсестры по уходу за больными / В. В. Скворцов [и др.] // Медицинская сестра. – 2018. – Т. 20, № 3. – С. 6–11.*

*Подготовила Н. Д. Гололоб, ведущий библиограф  
справочно-информационного отдела РНМБ*



Доцент В. К. Милькаманич

## КАК ПОМОЧЬ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ УМЕРШЕГО ПАЦИЕНТА ПЕРЕЖИТЬ ТЯЖЕЛУЮ УТРАТУ

Белорусский государственный университет

Избежать потери близкого человека еще никому не удалось, ибо человечество пока стопроцентно смертно. Но если уж случилась беда, то нужно уметь ее встретить – мужественно, осознанно, без излишних потерь для своего физического и душевного здоровья.

Общение медицинской сестры со скорбящими родственниками умершего пациента весьма трудное и требует большого напряжения душевных сил.

Часто реакция людей на смерть близкого человека непредсказуема. Члены семьи, переживающие горе, становятся уязвимыми в результате потери, и их нужно оберегать, стараться облегчить душевную боль.

Чтобы помочь потерпевшим утрату, необходимо знать, как люди переживают горе. Несмотря на то что этот процесс носит личностный характер, все же можно проследить стадии, которые проходят люди.

*Первая стадия – шок.* Обычно наступает непосредственно вслед за утратой; может не наступить, если умерший человек долго и тяжело болел. Чувство, которое ассоциируется с этой стадией – оцепенение, оно может выразиться в потерянности, нерешимости, отчуждении, чувстве одиночества, нерациональном поведении. Проявляется это в различных симптомах: дрожь, стеснение в груди и горле, сильная физическая и душевная боль, глубокие вздохи, слезы и всхлипывания.

*Вторая стадия – отрицание.* На этой стадии срабатывает механизм психологической защиты, который не дает принять произошедшее. Скорбящий может думать, что все случившееся – кошмарный сон. «Завтра я увижу его снова», «в больнице что-то напутали». Симптомами могут быть нарушение сна, ночные кошмары, острая эмоциональная боль, предельная усталость, отсутствие интереса к чему-либо. Преобладающими чувствами становятся ненадежность и страх.

На этой стадии может появиться протест: «Это – неправда», «Почему это случилось именно со мной?», «За что мне такое выпало?» Появляется сильная тоска по умершему человеку, возникает желание его вернуть.

*Третья стадия – озлобленность, злость.* Вину в случившемся начинают искать в действиях других людей или в стечении неблагоприятных обстоятельств. «Довели», – основной лейтмотив мыслей. В представлении скорбящего за случившееся несут ответственность родственники, члены коллектива, в котором работал умерший, начальство, врачи, медицинское учреждение.

На данной стадии возможны самообвинение («Это я виноват, только я»), злость по отношению

к себе («Если бы я не сказал ему в тот день... он бы не умер», «А все ли я сделал для него?»), возникает чувство отвергнутости и одиночества.

Возможна в этот период и парадоксальная реакция – обвинение ушедшего: «Как он мог это сделать?» Но такое случается преимущественно в случае неожиданной, скоростной смерти.

*Четвертая стадия – торг.* Может иметь место какое-то магическое поверье, что если скорбящий будет думать или вести себя особым образом, то реальность смерти изменится. Но эта стадия больше имеет отношение к случаям, когда человек умирает и он сам, и близкие надеются, что ситуация изменится, если они будут делать что-то особенное, например много молиться, перестанут ссориться.

Трудный духовный процесс отделения от умершего со временем приводит к стадии компромисса с утратой, когда скорбящий начинает осознавать необратимость произошедшего.

*Пятая стадия – депрессия.* Сопровождается комплексом негативных чувств (тоска, безнадежность, безразличие, апатия), большую роль здесь играют особенности реакции на изменившуюся ситуацию. Например, человеку, склонному заглушать болезненные воспоминания какой-либо деятельностью, «духовная работа» скорби может не помочь, ему может помочь активность. Отмечено, например, что женщины во время депрессии более склонны к навязчивым раздумьям, что усугубляет переживания и упадок настроения.

В случае затянувшегося или ненормального переживания горя в этот период могут обостриться существующие проблемы, возникнуть чувство потери личности (из-за потери супружеского социального статуса). Возможны потеря друзей, избегание встреч с супружескими парами. Может произойти социальное изгнание.

При нормальном переживании горя к концу данного периода человек как бы созревает для перехода к завершающей стадии скорби. Происходит смягчение чувства потери. Появляются ощущение, что выполняется трудная работа преодоления горя, радость, становятся выносимыми воспоминания о годовщинах и праздниках, происходит обретение смысла жизни.

*Шестая стадия – принятие.* Относится к тому времени, когда человек смирился с фактом утраты

и может продолжать свою жизнь, не забывая умершего, но не давая горю сокрушать себя. Вновь обретается жизненное равновесие. Утрата больше не переживается как ужасная трагедия. Возобновляются исчезнувшие интересы, в том числе к работе. Затягиваются душевные раны. Перестраивается образ жизни, появляются новые интересы, увлечения, друзья. Возможна новая женитьба (замужество). Человек может стать более религиозным, более сочувствующее относиться к другим людям и ситуациям. Но на этой стадии может продолжиться депрессия, особенно у пожилых людей.

Несмотря на то что в переживании горя выделяют шесть стадий, это не означает, что человек все их пройдет, все очень индивидуально.

К счастью, значительный процент людей, переживающих тяжелую утрату, не нуждается в помощи, особенно если рядом со скорбящим человеком находятся его семья, близкие, друзья. В этом случае процесс переживания горя происходит без особых психологических трудностей.

Однако у некоторых людей возникают самые различные негативные реакции на тяжелую утрату. Поэтому медицинская сестра должна знать некоторые особенности поведения членов семьи умершего пациента, которые свидетельствуют о том, что им необходима психологическая помощь. Так, переживающий тяжелую утрату родственник:

- говорит о ней так, как будто она произошла вчера;
- отказывается выбросить или раздать кому-то личные вещи умершего человека;
- развивает физические симптомы, подобные тем, которые были у умершего человека;
- перенимает черты характера умершего человека;
- впадает в тяжелую депрессию, сопряженную с острым чувством вины и низкой самооценкой;
- сразу после смерти близкого человека предпринимает радикальные изменения в своей жизни.

#### **Практические рекомендации для оказания помощи людям, переживающим тяжелую утрату**

Для установления позитивных отношений с человеком, пережившим горе, необходимо учитывать некоторые обстоятельства. Создать верный климат нелегко. Он должен, во-первых, давать утешение, во-вторых – побуждать к осознанию своих чувств, самоанализу, в-третьих – дать возможность скорбящему выразить тяжелые, взрывные эмоции.

Вспышки гнева, злости, болезненной скорби и самообвинения, а также видимое отсутствие эмоций могут обостриться в ситуации горя больше, чем в любое другое время.

Сестринская психологическая помощь членам семьи умершего пациента начинается с их утешения. Нужно выбрать помещение, где каждый присутствующий член семьи мог бы удобно расположиться. Вначале желательно дать слово самому молодому из участников, что позволит медицинской сестре понаблюдать отношение членов семьи друг к другу

и к умершему пациенту, прежде чем начать обсуждение насущных вопросов.

Здесь может быть существенна, скорее, не сама действенная помощь, а ее легкая доступность в течение некоторого времени – в период наиболее интенсивной скорби, когда человек должен принять боль утраты. Для этого медицинская сестра в общении с членами семьи умершего пациента побуждает разговор об умершем, дает возможность выразить свои чувства и повторять историю о смерти, так как повторение – это эффективный способ справиться с горем. Медицинская сестра при этом использует технику сочувственного слушания – повторяет за говорящим родственником, перефразирует и интерпретирует его слова.

Повторение – это почти дословное воспроизведение рассказа говорящего. При этом можно начать с вводной фразы: «Как я поняла Вас...», «Вы считаете...», «Вы рассказали мне о том, что...»

Перефразирование – пересказ повествования члена семьи в обобщенном, сокращенном виде, краткое формулирование самого существенного. Начать можно с вводной фразы: «Ваши чувства в тот момент были...», «Значит, вы подумали...», «Другими словами, вы поступили таким образом...»

Интерпретация – попытка вывести логическое следствие из высказывания собеседника или выдвинуть предположения. Можно использовать следующие вводные фразы: «Вы так посчитали, потому что, видимо...», «Если посмотреть на это так, как вы рассказали, то выходит, что...»

В значительной степени способность медицинской сестры помочь пережить тяжелую утрату зависит от точности задаваемых ею вопросов. Важно почувствовать возможности и ограничения двух типов вопросов – открытых и закрытых.

Закрытые вопросы – это те, на которые можно дать однозначный ответ – «да» или «нет». Например: «Вы прожили вместе 25 лет?», «Вы прожили в этом городе с такого-то года?»

Открытые вопросы требуют развернутого ответа. Часто они начинаются со слов «Почему?», «Каким образом?», «Зачем?» и т. п. Например, открытый вопрос может звучать так: «Что Вы почувствовали, когда узнали об этом?», «Каким Вы видите свое будущее?» и др.

Медицинская сестра должна помнить рекомендации, призванные обеспечить бесконфликтное общение с членом семьи умершего пациента:

- не мешать горевать, слушать и принимать его без осуждения;
- принять как данность то, что нельзя помочь скорбящему человеку сразу перестать чувствовать душевную боль, ибо горе преодолевается только со временем;
- не предлагать сразу способы решения проблемы, поскольку таких способов нет; самое лучшее – просто быть рядом и слушать;
- проявлять искреннее сочувствие; нельзя, чтобы понесший утрату родственник чувствовал повер-

## Школа само- и взаимопомощи

ностное отношение к себе, так как формальное сочувствие не принесет необходимого ему облегчения;

- быть готовым к тому, что некоторые люди отнесутся к предлагаемой психологической помощи агрессивно либо будут молчать; не принимать злость на свой счет – она, скорее всего, часть горя, к молчанию также следует относиться терпимо;

- подбадривать членов семьи умершего пациента объяснением, что их тяжелые чувства являются частью горя, что они естественны и неизбежны.

Медицинской сестре, чтобы не перенапрягать члена семьи умершего пациента во время беседы своими произвольными движениями и мимикой, желательно как можно точнее подстроиться к его

позе, движению его рук, ног, мимическим движениям лица.

Приведенная техника позволяет улучшить межличностное общение путем телесной подстройки, снимает недоверие и «зажатость» первых контактов, давая возможность почувствовать говорящему, что его понимают.

Уважаемые коллеги! Следует иметь в виду, что для предупреждения эмоционального выгорания медицинская сестра должна четко соблюдать дистанцию. Ее чувства могут отражать те чувства, которые испытывает скорбящий человек. Если она слишком близко примет их к сердцу, то вряд ли сможет сохранить безопасную для себя позицию помогающего.

### *Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку*

*Профилактика конфликтов с коллегами и пациентами / Т. В. Матвейчик [и др.] // Старшая медицинская сестра. – 2018. – № 3. – С. 40–44.*

*Ривкина, Е. Б. Нарушения ТК: семь типичных ошибок руководителя сестринского персонала / Е. Б. Ривкина // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 11. – С. 74–79.*

*Ривкина, Е. Б. Пять способов перераспределить нагрузку на персонал в период отпусков / Е. Б. Ривкина // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 6. – С. 34–53.*

*Рожков, Б. К. Инструкция от практиков: как без ошибок подготовить документы на медоборудование к проверке / Б. К. Рожков // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 3. – С. 14–25.*

*Романова, Т. В. Кислородактивные средства – препараты выбора для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи / Т. В. Романова // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 5. – С. 48–52.*

*Романова, Т. В. Новые подходы к организации обработки медицинских изделий в медорганизациях / Т. В. Романова // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 3. – С. 66–70.*

*Русакова, Е. М. О концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2019–2023 годы / Е. М. Русакова, Е. И. Калистратова, Е. Э. Тищенко // Мир медицины. – 2019. – № 6. – С. 8–9.*

*Рыжова, О. А. Как обеспечить отделения простыми медицинскими изделиями. Алгоритм и СОП в помощь / О. А. Рыжова // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 6. – С. 68–77.*

*Рыжова, О. А. Проверяющие усилили контроль просрочки лекарств. СОП для самоаудита / О. А. Рыжова // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 11. – С. 48–56.*

*Рыжонина, Т. В. Круглый стол: как провести сестринскую конференцию / Т. В. Рыжонина // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 4. – С. 60–66.*

*Сагалович, А. А. Особенности организации ухода за детьми, больными злокачественными солидными опухолями / А. А. Сагалович, А. В. Забродная, Т. В. Амплеева // Старшая медицинская сестра. – 2018. – № 3. – С. 10–12.*

*Сагановская, А. А. Особенности работы медицинской сестры в гематологии. Опыт Московского городского гематологического центра / А. А. Сагановская // Старшая медицинская сестра. – 2018. – № 4. – С. 3–9.*

*Салоутина, А. Н. Компьютерные технологии в работе медицинской сестры – мечта или реальность? / А. Н. Салоутина // Старшая медицинская сестра. – 2018. – № 7. – С. 3–12.*

*Самойленко, В. В. Минтруд утвердил первый профстандарт для среднего медперсонала / В. В. Самойленко // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 4. – С. 100–109.*

*Самойленко, В. В. Что ждать от аккредитации специалистам / В. В. Самойленко // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 6. – С. 20–23.*

*Сединкина, Р. Г. Сестринская помощь при патологии органов пищеварения : учебник / Р. Г. Сединкина, Е. Р. Демидова, Л. Ю. Игнатюк. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 767 с.*

*Сон, И. М. Расширение функциональных обязанностей среднего медицинского персонала при организации первичной медико-санитарной помощи / И. М. Сон // Справочник врача общей практики. – 2017. – № 11. – С. 55–60.*

*Суханов, В. Г. Инновационные возможности в медико-социальной реабилитации стомированных пациентов в России / В. Г. Суханов, Д. А. Назарова // Старшая медицинская сестра. – 2019. – № 1. – С. 20–28.*

*Сычева, Н. Е. Как снизить риски при передаче сестринских смен. Специальный журнал вам в помощь / Н. Е. Сычева, М. А. Мячкина, Г. А. Газизова // Главная медицинская сестра. – 2018. – № 5. – С. 60–67.*

*Подготовила Н. Д. Гололоб, ведущий библиограф  
справочно-информационного отдела РНМБ*