

[https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(10\)62125-6/pdf](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(10)62125-6/pdf) [accessed 29.08.18]

17. Maheshwari A. et al. Obstetric and perinatal outcomes after either fresh or thawed frozen embryo transfer: an analysis of 112,432 singleton pregnancies recorded in the Human Fertilisation and Embryology Authority anonymized dataset / Fertility and Sterility, 2016. Vol. 106, No. 7. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.047> [accessed 29.08.18]

18. Mascarenhas M. N., Seth R. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys/ Available at URL: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001356> . [accessed 29.08.18]

19. Roque M. et al. Fresh embryo transfer versus frozen embryo transfer in in vitro fertilization cycles: a systematic review and meta-analysis // Fertility and Sterility, 2013; Vol. 99; pp.156–62. – URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.003> [accessed 09.05.18]

20. Shaw J.M., Jones G.M. Terminology associated with vitrification and other cryopreservation procedures for oocytes and embryos. Human Reproduction Update, Vol.9, No.6 pp. 588, 2003. Available at URL: https://scholar.google.ru/scholar?hl=ru&as_sdt=0%2C5&q=Terminology+associated+with+vitrification+and+other+cryopreservation+procedures+for+oocytes+and+embryos&btnG= [accessed 29.08.18]

21. Society for Assisted Reproductive Technology (SART)/ URL: <http://www.ivf.net/ivf/ivf-births-hit-record-high-in-usa-o7881.html> [accessed 12.05.18]

References:

1. Tarabrin R., priest. Otnoshenie Pravoslavnoj Cerkvi k ehkstrakorporal'nomu oplodotvoreniju. Osnovnye ehicheskie problemy // Moskovskie Eparhial'nye vedomosti, №9-10, 2014.
2. Basile N., Garcia-Velasco J.A. The state of “freeze-for-all” in human ARTs. / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2016, Vol. 33, Issue 12, pp 1543–1550
3. Becker D., Sevilla M.D. The chemical consequences of radiation-damage to DNA / Advances in Radiation Biology, Vol 17, 1993, pp 121-180
4. Byrd W. Cryopreservation, Thawing, and Transfer of Human Embryos. // Seminars in Reproductive Medicine, Vol 20, No. 1, 2002, pp. 37 - 43.
5. Cobo A et al. Outcomes of vitrified early cleavage-stage and blastocyst-stage embryos in a cryopreservation program: evaluation of 3,150 warming cycles / Fertility and Sterility, 2012, Vol 98, Issue 5, pp 1138–1146.
6. Edwards R.G., Fishel S.B., Cohen J. et al. Factors Influencing the Success of in Vitro Fertilization for Alleviating Human Infertility / Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 1984, Vol. 1, No. 1., 3 - 23
7. Fasano G. et al. A randomized controlled trial comparing two vitrification methods versus slow-freezing for cryopreservation of human cleavage stage embryos / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2014, Vol 31, Issue 2, pp 241–247.
8. Glenister P.H., Whittingham D.G., Lyon M.F. Further studies on the effect of radiation during the storage of frozen 8-cell mouse embryos at 196°C / Journal of Reproduction and Fertility, 1984, Vol 70, pp. 229–234
9. Kondo I et al. Clinical factors for successful cryopreserved-thawed embryo transfer / Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 1996, Vol 13, Issue 3, pp 201–206
10. Leibo S.P. Procedures to cryopreserve zygotes and embryos. Hands-on Cryobiology Course. Indianapolis: American Fertility Society; 1993:69–78
11. Li Z, Wang YA, Ledger W et al. Clinical outcomes following cryopreservation of blastocysts by vitrification or slow freezing: a population-based cohort study / Human Reproduction, 2014, Vol 29, Issue 12, pp. 2794–2801
12. Nagaoka S., Hassold T., Hunt P. Human aneuploidy: mechanisms and new insights into an age-old problem // Nature Reviews Genetics, 2012. Vol 13, pp. 493–504.

13. Rossijskaya Associaciya Reprodukcii Cheloveka. Registr VRT. Otchet za 2014 / URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/registr_BRT_RARCH16.pdf . [accessed 09.01.17]

14. Tarabrin R., priest. K voprosu ob ehicheskoj ocenke metoda EHKO s pravoslavnoj tochki zreniya v kontekste poslednih dostizhenij biomeditsiny . – URL: <http://www.bogoslov.ru/text/4007414.html> [accessed 11.05.18]

15. Camus M. Human embryo cryopreservation: a review of clinical issues related to the success rate// ESHRE Campus symposium Cryobiology & Cryopreservation. URL: <http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Embryology/Archive/Syllabus%20Brussels%202004.pdf>. [accessed 03.04.14]

16. Kasai M., Mukaida T. Cryopreservation of animal and human embryos by vitrification / Symposium: Cryopreservation and assisted human conception // Reproductive BioMedicine Online, 2004 , Vol 9. No 2. 164-170; Available at URL: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(10\)62125-6/pdf](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(10)62125-6/pdf) [accessed 29.08.18]

17. Maheshwari A. et al. Obstetric and perinatal outcomes after either fresh or thawed frozen embryo transfer: an analysis of 112,432 singleton pregnancies recorded in the Human Fertilisation and Embryology Authority anonymized dataset / Fertility and Sterility, 2016. Vol. 106, No. 7. Available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.047> [accessed 29.08.18]

18. Mascarenhas M. N., Seth R. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys/ Available at URL: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001356> . [accessed 29.08.18]

19. Roque M. et al. Fresh embryo transfer versus frozen embryo transfer in in vitro fertilization cycles: a systematic review and meta-analysis // Fertility and Sterility, 2013; Vol. 99; pp.156–62. – URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.003> [accessed 09.05.18]

20. Shaw J.M., Jones G.M. Terminology associated with vitrification and other cryopreservation procedures for oocytes and embryos. Human Reproduction Update, Vol.9, No.6 pp. 588, 2003. Available at URL: https://scholar.google.ru/scholar?hl=ru&as_sdt=0%2C5&q=Terminology+associated+with+vitrification+and+other+cryopreservation+procedures+for+oocytes+and+embryos&btnG= [accessed 29.08.18]

21. Society for Assisted Reproductive Technology (SART)/ URL: <http://www.ivf.net/ivf/ivf-births-hit-record-high-in-usa-o7881.html> [accessed 12.05.18]

УДК 614.253.52:614.253

ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В СОВРЕМЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Коноплева Е.Л.

доцент кафедры философии, истории медицины, биоэтики и социальных наук Смоленского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, Смоленск, konopleva.alenushka@gmail.com

Остапенко В.М.

зав. кафедрой философии, истории медицины, биоэтики и социальных наук Смоленского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, доцент, Смоленск, ostapenko4@yandex.ru

В статье рассматриваются актуальные проблемы этической регуляции современной сестринской практики, в частности, устойчивая тенденция, направленная на конфронтацию и разобщение медицинских работников и пациентов, а также причины этого явления. Правовая и этическая неподготовленность сестринского персонала приводит к игнорированию организации профессионального ухода за тяжелобольными и неподвижными пациентами. Медицинские сестры, перекладывая мероприятия ухода на

случайных людей, резко ухудшают прогноз для пациентов из группы риска, демонстрируя непонимание сути своей профессии, а также системное нарушение целого ряда правовых и этических документов.

В российском сестринском деле имеет место ситуация терминологической путаницы двух совершенно разных понятий: «профессиональный» и «домашний» уход. Независимость и автономия отечественного сестринского дела должны проявляться, в первую очередь, в организации профессионального - научно обоснованного, доказательного - ухода за пациентами. Уход тогда является профессиональным, когда он отвечает таким необходимыми требованиями, как научность, системность, индивидуальность и протоколируемость.

Обсуждается значение блока социально-гуманитарных дисциплин в до- и последипломном образовании медицинской сестры. Его задачи – обучение основам делового этикета, формирование этического мышления медицинской сестры и её способности к эмпатии. Для преодоления синдрома эмоционального выгорания нужно не отстраняться от пациента, искусственно создавая ситуацию «духовной анестезии», а наоборот, сопереживать и идти ему навстречу.

Воспитание навыков этического поведения медицинского работника требует соблюдения двух обязательных условий. Первое условие – достаточный объём блока медико-гуманитарных дисциплин в учебных планах и программах всех уровней подготовки сестринского персонала, включая программы последиplomного образования. Второе условие преодоления разрыва теории обучения и практики непосредственной работы – поддержание режима «психической асептики» в лечебно-профилактических учреждениях. В частности, на базе больниц необходимы постоянно действующие совместные врачебно-сестринские этические тренинги. Следует активнее использовать позитивный опыт, связанный с организацией краудсорсинг-проектов.

Ключевые слова: биоэтика, этический кодекс, сестринское дело, профессиональный уход за больными, сестринские компетенции, реформа сестринского дела.

ETHICAL DILEMMAS OF MODERN NURSING PRACTICE

Konopleva E. L.

Associate Professor of the Department of philosophy, history of medicine, bioethics and social Sciences Smolensk state medical University, candidate of medical Sciences, Smolensk, konopleva.alenushka@gmail.com

Ostapenko V. M.

Head, the Department of philosophy, history of medicine, bioethics and social Sciences Smolensk state medical University doctor of medical Sciences, associate Professor, Smolensk, ostapenko4@yandex.ru

The issues of the day of the ethic adjusting of modern sisterly practice are examined in the article, in particular, steady tendency, sent to confrontation and disconnect of medical workers and patients, and also reasons of this phenomenon. Legal and ethic unpreparedness of sisterly personnel results in ignoring of organization of professional care of seriously sick and immobile patients. Nurses, trusting a sisterly care to the casual people, dramatically worsen the prognosis for patients at high risk, demonstrating a lack of understanding of the essence of their profession, as well as violation of a number of legal and ethical documents.

In Russian nursing there is a situation of terminological confusion of two completely different concepts: "professional" and "home" care. Independence and autonomy of profession of nurse must show up, foremost, in organization of the care of patients, based on scientific proofs. The professional caring must answer necessary requirements, such as scientific character, system, individual approach and documentation.

Authors discuss the value of block of socially-humanitarian disciplines in education of medical sister. His tasks include teaching business etiquette, shaping the ethical thinking of

the nurse and her ability to empathize (understanding and sharing the feelings of the other).

Education of skills of ethic behavior of medical worker requires the observance of two obligatory conditions. The first condition is a sufficient volume of humanities in programs of all levels of preparation of sisterly personnel. The second condition of overcoming of break of theory of educating and practice of direct work is maintenance of the mode of "psychical asepsis" in medical establishments. In particular, on the base of hospitals the constantly operating joint medical-sisterly ethic training is needed.

Key words: bioethics, ethical code for nursing, professional nursing, nursing competence, reform of nursing.

Сестра милосердия – та, которая питает, лелеет и защищает слабого; подготовлена для заботы о слабом. Поэтому в обществе с низкой социальной культурой трудно ожидать высокого уровня сестринской практики. Одна из устойчивых тенденций сегодняшнего дня направлена на конфронтацию медицинских работников и пациентов. Следует признать, что это именно тенденция, а не отдельные разрозненные факты [4,5,12]. В ответ на запрос в интернете «грубость медицинских работников» количество ссылок превышает сотни тысяч! О своем недоверии к системе здравоохранения заявляют более половины опрошенных. При анализе жалоб пациентов выясняется, что 70% обращений граждан имеют причиной негативное качество общения «медработник - пациент» [1,7,10].

Поразительно, но масла в огонь охотно подливают сами медицинские работники. Так, например, в настоящее время широко издаются серии популярных книг в жанре так называемой иронической медицинской прозы. О чём эти книги? Что хотят сказать медики своим читателям – возможно, своим будущим или настоящим пациентам?

Прочтём отрывок из популярного сборника врачебной прозы «Белый кафель, красный крест»: «Тут в «приёмник» закатили туловище. Было оно забинтовано до самых глаз, босое, большие пальцы на руках и ногах капроновым шнурком стянуты. Туловище воняло растворителем, капало кровью и билось на каталке так, что Серёжа его еле удерживал» (С. Фаголов «Токса»).

Ещё одна типичная цитата из книги «Байки со «скорой», или Пасынки Гиппократы» врачей Михаила Дайнеки и Дианы Вежиной: «Правда, мужичок этот оказался субъектом особо выдающейся грязности и вонючести. (...) Причем означенная жертва этой дурнопахнущей тенденции лечиться явно не желала: шипела, отбивалась и даже за коленку меня грязной частью цапнула. Будь наша воля, мы лечить его бы и не стали. Но — клятва Гиппократы, то да сё... Короче говоря, куда же денешься! (...) Да и ладно, нам не привыкать. Наше дело пациента в больницу доставить в кратчайшие сроки, вот и везем, торопимся. А как не торопиться, если в карете от него воняет, как от мусорного бачка».

Стремление писать о происходящем в медицине якобы в шутовском, а на самом деле – циничном духе, кажется неоправданным и странным. Именно подобное неуважительное отношение к своей профессии приводит к недопустимому поведению медработников, вызывающему широкий общественный резонанс. Вспомним хотя бы размещённые в сети провокационные селфи, на которых медсёстры позируют в операционных, «пьют» донорскую кровь,

жонглируют клизмами, позволяют себе неприличные жесты по отношению к больному без сознания, именуют своих пациентов «противными толстыми бабами», «валежником», «консервами», «недочехлами». Громкий общественный резонанс получил прецедент, когда медсестра заклеивала грудным детям-отказникам рот лейкопластырем, чтобы ночью они не кричали и не беспокоили её. Другая сестра, пытаясь унять буйную пациентку 13-ти лет, натянула ей на голову футболку и удерживала, пока не наступила смерть ребёнка от механической асфиксии.

Некоторая потеря этических ориентиров в медицинском сообществе требует усиления внимания к этической стороне этой специальности. Не случайно за последнее время появилось огромное количество самых разнообразных этических деклараций, кодексов, хартий, клятв и обязательств: Этический кодекс российского врача (1994), Кодекс врачебной этики Российской Федерации (1997), Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (2012), Кодекс профессиональной этики православного врача России, Кодекс врача Рунета, Клятва врача России, Этический кодекс российского фармацевта, Этический кодекс медицинской сестры России (ред. 1997 г. и 2010 г.), Клятва медицинской сестры России, Медико-социальная хартия медсестер РФ (Декларация медицинских сестёр России), Кодекс профессиональной этики акушерок Российской Федерации; Кодексы отдельных врачебных специальностей (психиатров, анестезиологов, и др.), Проект Кодекса профессиональной этики работников системы здравоохранения Российской Федерации, и т.д. [4,9]

Безусловно, все эти документы, в том числе Этический кодекс медицинской сестры России – очень достойные, важные и нужные. Однако проблемы деонтологического порядка нельзя урегулировать призывами к социальной совести, пафосными лозунгами о милосердии, угрозами, приказами гуманно относиться к пациенту или штрафами. Рост конфликтности в системе оказания медицинской помощи обусловлен целым рядом достаточно уважительных причин, связанных с постепенным разрушением сектора общественного здравоохранения. Любой пациент находится в состоянии внутреннего конфликта, порождаемого страхом и неуверенностью из-за болезни. В ЛПУ его встречают медицинские работники, наделённые высоким уровнем тревожности из-за коммерциализации и бюрократизации медицины на фоне её систематического недофинансирования и вредных условий труда. Естественно, при малейшем неудовольствии вспыхивает межличностный конфликт, так как срабатывает известный закон менеджмента: «Чем ниже оплата труда, тем ниже мораль и выше риск медицинской ошибки». Напомним, что низкая заработная плата в сочетании с возрастающими требованиями стала причиной бегства из системы здравоохранения в прошлом году 70 тысяч медицинских сестёр и санитарок. Сегодня вопрос стоит очень остро: как сохранить оставшиеся кадры, привлечь молодых специалистов. Вряд ли угроза введения дополнительных санкций, создание квалификационно-дисциплинарных комиссий, лишение медицинского работника диплома и права заниматься профессиональной деятельностью будут способствовать решению данной задачи [2,11].

Неуспех реформы 90-х связан, прежде всего, с отсутствием единого мнения, что же такое сестринское дело – это наука, искусство, ремесло, техническая вспомогательная специальность, область самостоятельной клинической практики по уходу или «просто бизнес»? Медицинская сестра для врача или для пациента? Она оказывает пациенту медицинскую услугу или медицинскую помощь? Пациенту или клиенту? Если мы помещаем сестринскую практику в прокрустово ложе «торгово-промышленной медицины», то добиться бесребреничества от медработника – обычного человека, обременённого массой житейских проблем – просто невозможно. Поэтому необходимым условием прогресса в сестринской этике является улучшение материального положения медсестёр и их правовая защита от возможного агрессивного поведения неадекватных пациентов [3, С. 15-30]. Напомним, что только в Москве на медицинский персонал совершается более двухсот физических нападений в год, не говоря уже о бесчётных случаях ментального насилия.

Продолжая разговор об этических стандартах в сестринском деле, необходимо также определиться и с предметом обсуждения. В специальной литературе наблюдается определённая терминологическая путаница – этика, этикет, деонтология, биоэтика, мораль, корпоративная культура, нравственность. О чём, собственно, идёт речь, и какой конкретный результат мы хотели бы получить?

Во-первых, если имеется в виду профессиональный этикет, следует добиться формально-вежливого отношения медицинских сестёр к пациентам и коллегам; искоренить грубость и конфликты на личностном уровне; одеть её в соответствии с профессиональным дресс-кодом.

Во-вторых, мы можем определить своей целью формирование этического мышления медицинской сестры. Нельзя надеяться на этическое чутьё, интуицию, инстинкт, нравственное чувство. У медицинской сестры должна быть осознанная нравственная мотивация. Надо уметь думать над вопросами этики и морали, уметь каждое своё действие проверять через разум, поверять логикой. Медицинская сестра должна не просто знать модели, принципы и правила теоретической биоэтики, а уметь применить их к этическому анализу конкретной ситуации. Если бы медсестры имели бы такой навык, они не стали бы снова и снова спрашивать друг у друга на форумах, как поступать в ситуации, когда приходится сталкиваться с невежественными врачебными назначениями, ошибками или нерадивостью коллег, грубостью пациента, вопросами больных относительно диагностики и лечения? Современная медсестра должна уметь разбираться и в таких сложных проблемах клинической биоэтики, как проблемы справедливости в здравоохранении, права пациентов, модели взаимодействия медработников и пациентов, «абортная культура» и вспомогательные репродуктивные технологии, генная инженерия, евгеника, трансплантология, эвтаназия, биомедицинские исследования на человеке и животных, этические проблемы психиатрии и работы с ВИЧ-инфицированными, вакцинопрофилактика.

В-третьих, следует вдуматься в содержание профессии медицинской сестры. Напомним, что изначально – в 90-е годы XX века – реформа сестринского дела ставила своей целью обеспечение

профессионального ухода за пациентами. Федеральные образовательные стандарты среднего профессионального и высшего образования требуют от специалистов в области сестринского дела способности и готовности к обеспечению квалифицированного ухода за пациентом. В Этическом кодексе медицинской сестры России при перечислении важнейших задач сестринской практики указан «комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий». В Декларации медицинских сестёр России также сказано: «Мы – медицинские сестры – считаем себя ответственными за обеспечение качества и своевременности оказываемой медицинской помощи и ухода нуждающимся в них людям в пределах профессиональной компетенции».

Но сегодня медсёстры отнюдь не считают себя специалистами в области ухода. Приведём некоторые цитаты из типичной переписки на сестринских форумах: *«Уход в нашу компетенцию не входит», «Уход не прописан в наших должностных инструкциях. Уход должны осуществлять санитарки, родственники», «Медсестра не обязана менять памперсы. Медсестра – не прислуга, а самостоятельный и независимый профессионал», «В должностные обязанности медсестёр уход за больным не входит, но они оказывают его по возможности», «У меня должностная инструкция на работе осталась, я бы Вам отсканировала, и Вы бы сами увидели, что там ни слова про уход. Только в контексте того, что мы должны контролировать и координировать работу младшего медперсонала», «Уход в мои обязанности не входит. Для этого есть младшие сёстры по уходу, санитарки, наёмные сиделки или родственники», «Ну в нормальных местах врачи сами своих сестёр защищают, объясняя зарвавшимся родственникам, что у медсестры – 35 больных, и уход в её обязанности не входит, а если они хотят индивидуальное внимание к своему пациенту, пусть нанимают сиделку или индивидуальный сестринский пост», и др.*

Очевидно, что сами сёстры не видят никакой принципиальной разницы между уходом, предоставляемым дипломированными специалистами по уходу, и уходом, осуществляемым родственниками без медицинского образования.

Мы опять сталкиваемся с ситуацией терминологической путаницы двух совершенно разных понятий: «профессиональный» и «домашний» уход. Когда мы говорим об уходе, то большинство не только врачей, но и сестёр чаще всего понимает под этим необходимость подать пациенту в его «матрасной могиле» стакан воды, поправить подушку или сменить памперс.

В действующем «Этическом кодексе медицинской сестры России» чёткое понимание, что же такое профессиональный уход за пациентами, на наш субъективный взгляд, также отсутствует. Под комплексным всесторонним уходом понимается «комплекс медико-социальных вмешательств, производимых медицинской сестрой в составе мультидисциплинарной бригады, оказывающей помощь пациенту. Комплексный уход включает в себя выполнение врачебных назначений, вмешательства, выполняемые медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи, мероприятия, проводимые совместно с иными участниками мультидисциплинарной бригады, и направлен на

достижение наилучших результатов медицинской помощи, в том числе, наивысшего качества жизни пациента в конкретной ситуации, связанной со здоровьем» (Часть 1. Общие положения). Звучит очень расплывчато, особенно в части «вмешательства, выполняемые медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи».

На наш взгляд, профессиональный уход – тщательно продуманная и научно-обоснованная система мероприятий, обеспечивающих максимальную адаптацию каждого конкретного пациента к жизни в условиях болезни, в условиях ограниченной свободы; это организованный документируемый многоплановый процесс, направленный на личность, с её физическими и психосоциальными проблемами. Таким образом, выполнение назначений врача – это только часть ухода, а не полный уход. Сестра у больничной постели для того, чтобы посредством предоставления тяжелобольному и (или) неподвижному пациенту профессионального ухода предотвратить появление таких потенциальных проблем длительного периода неподвижности, как гипостатическая пневмония, гипотрофии мышц, контрактуры суставов, атонические запоры, уроинфекции, пролежни, опрелости, обезвоживание, тромбозы, бессонница, остеопороз, депрессия. Безнравственно не понимать, что никогда не смогут этого сделать родственники; аморально не знать содержания своей собственной профессии.

Уход тогда является профессиональным, когда он отвечает таким необходимым требованиям, как научность, системность, индивидуальность и протоколируемость. В этом понимании тот уход, который сегодня предоставляется нашим пациентам – скорее различные модификации домашнего ухода, то есть хаотическое нагромождение отдельных элементов ухода, бессистемных, научно никак не обоснованных, нигде не документируемых и отвечающих лишь сиюминутным физическим потребностям пациента [3, С. 6].

Мы всё время говорим об обретении отечественным сестринским делом статуса автономии и независимости, статуса особой науки [2, С. 19-23]. Но в чём конкретно должна проявляться эта самостоятельность и обретение научного суверенитета? Разве не в организации профессионального, то есть доказательного, ухода за пациентами?

В номенклатуре научных специальностей ВАК до сих пор нет шифра «Сестринское дело». Сестры защищают диссертации, но как организаторы здравоохранения, а не как специалисты в области клинической методологии сестринского процесса.

В последнем федеральном образовательном стандарте перечень профессиональных задач и профессиональных компетенций будущих бакалавров сестринского дела вообще не включает владение современными технологиями клинической сестринской практики.

В результате стандарты клинического ухода при большинстве различных состояний и заболеваний не расписаны и не разъяснены, не основаны на доказательной базе, не входят в полис ОМС, не внесены в лицензионные требования к ЛПУ, то есть в принципе не поддаются учёту и контролю (буквально за двумя-тремя исключениями, например, "ГОСТ Р 56819-2015. Национальный стандарт Российской

Федерации. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней").

Очень показателен в этом отношении отечественный сериал 2016 года «Медсестра». Его героиня – старшая медицинская сестра стационара – всё время подменяет собой работу врачей. То она на улице запрыгивает в гражданской одежде в скорую, представляется медсестрой и выполняет инъекцию раствора адреналина непосредственно в сердце, в другом эпизоде назначает по телефону пациенту реланиум, и так далее. То есть и здесь отсутствует понимание, в чём же состоит новая роль медицинской сестры, в какой именно сфере она должна отстаивать «независимость и автономность своей профессии».

В дискуссиях на тему необходимости организации профессионального ухода за пациентами сёстры постоянно ссылаются на занятость – по нормативам на одну палатную медсестру приходится 25 пациентов. Уместно провести аналогию с работой врача, который из-за большого наплыва пациентов решил бы ограничиться диагностикой, а лечение предоставить родственникам, санитаркам и интернету. Но мы забываем, что в обычном терапевтическом отделении только два-три человека из этих тридцати являются тяжелобольными и(или) неподвижными, нуждаясь в интенсивном внимании в рамках осуществления сестринского процесса. В отношении всех остальных сестра вполне может ограничиться выполнением назначений врача. Отказ сестёр под предлогом занятости другой работой от профессионального ухода резко ухудшает прогноз для группы тяжелобольных и неподвижных пациентов. Неквалифицированный уход, предоставляемый родственниками (если они есть и не работают), санитарками (если у них есть желание), соседями по палате, студентами и вообще «всеми, кто маракует хоть немного» - замедляет выздоровление, либо приводит к осложнениям и даже летальному исходу. Таким образом, медицинские сестры, переключая уход на случайных людей, демонстрируют непонимание сути своей профессии, а также системное нарушение целого ряда правовых и этических документов.

В-четвёртых, мы можем поставить сложную задачу воспитания медицинской сестры, искренно сострадающей своему пациенту. Сейчас уже ясно, что для преодоления синдрома эмоционального выгорания нужно не отстраняться от пациента, искусственно создавая ситуацию «духовной анестезии», а наоборот, сопереживать и идти ему навстречу. Медсестра должна любить своих пациентов, только тогда она сумеет в любой возможной ситуации защищать интересы больного – этой функцией сестёр милосердия Крестовоздвиженской общины наделил ещё незабвенный Н. И. Пирогов. Приведём цитату из Медико-социальной хартии медицинских сестёр Российской Федерации: «...мы, медицинские сестры, руководствуемся только одним принципом - интересами пациента, сохранением его здоровья и жизни и несем ответственность за свои действия». Важно организовать медицинскую помощь не так, как это удобно медицинскому персоналу, или отделению, или страховой компании, или научным работникам, или преподавателям клинических дисциплин, а так, как это будет лучше для больного. Если пациент просто переступает порог ЛПУ – он должен сразу попадать в так называемое «помогающее уютное

пространство», полное мелких знаков «тёплого внимания» к пациенту и его окружению.

В настоящее время опубликовано множество статей, посвящённых этике медицинской сестры. Все они охотно рисуют портрет идеальной сестры, подробно перечисляют качества, которыми она должна обладать. Примерно так: «Совестливость и порядочность, великодушие и доброжелательность, благородство и внимание, такт и вежливость во всём, что касается жизни и здоровья пациента, должны выступать как привычные, повседневные нормы поведения» [4, С. 104]. Звучит прекрасно, но что необходимо сделать для того, чтобы не на словах, а на деле получить медицинскую сестру нового типа, а не «Тигру Львовну» (А.Н.Островский) – сестру, способную на «самопринуждение к добру»?

Первая ступень - длительная специальная подготовка студентов в области медико-гуманитарных дисциплин [1, С. 43-47]. Известный психолог, философ, педагог А. Н. Леонтьев говорил, что в современном мире «образование есть обогащение информацией при обнищании духовной жизни человека». Об этом же писал В. Ф. Шаталов: «Обучение без воспитания – острый меч в руках сумасшедшего». Нужны опытные, грамотные преподаватели – нет ничего более вредного, чем формальные общие слова, ложная идеалистическая патетика или пафосные призывы к милосердию на занятиях медико-гуманитарного блока. Возрастная психология характеризует студенческий возраст, как период эгоцентризма и относительной жестокости, которому – в силу отсутствия личного негативного опыта - не свойственны сострадание, терпение, умение пожалеть, поставить себя на место другого, тем более больного и старого «чужака». Кумир значительной части студентов медицинских образовательных учреждений – доктор Хаус, а не доктор Гааз. Мало прочесть Этический кодекс медицинской сестры России или просто повесить его на стену, нужно в правильно организованной полемике обсудить каждую его статью. Нужны длинные разговоры студентов с преподавателем, подробный разбор биоэтических прецедентов и казусов («идея, воплощённая в персонажи, доступнее для разумения», - утверждал О.Бальзак), «пробуждающие формулировки», игры «в ангела-хранителя пациента» и в «чёрного пациента», встречи с духовенством, привлечение актёров-коучеров, работа в социальных отделениях в качестве волонтеров... Почему сфотографироваться в обнимку с трупом в анатомичке, держа в руке пирожок, - аморально, а Гюнтер фон Хаггенс, публично играющий с расчленёнными трупами в карты на выставках «Миры тела» – якобы творец, достойный уважения? Почему нельзя выкладывать в сеть снимки с абортированными плодами, ампутациями и вскрытиями, если пациента нельзя идентифицировать? Почему нельзя приносить мобильные телефоны в операционную и ловить покемонов, если скучно? Студентов нужно учить алгоритму действий в конфликтных ситуациях, прежде всего – умению не переводить профессиональный конфликт в межличностную эмоциональную плоскость. Необходимо ознакомить учащихся с общей моделью принятия сложных этических решений:

- сбор полной и достоверной информации о конкретном казусе;
- формулирование этической дилеммы;
- поиск прецедентов и их решений;

- анализ ситуации с точки зрения принципов и правил теоретической биоэтики;
- анализ ситуации с точки зрения этических отечественных и международных документов;
- анализ ситуации с точки зрения правовых документов в России и за рубежом;
- выводы и решение;
- в случае сомнений обращение к мнению коллег и (или) Этического комитета.

Между тем, в настоящее время для преподавателей биоэтики отсутствуют доступные курсы повышения квалификации, и они вынуждены опираться в преподавании исключительно на собственный опыт и разумение.

Второе обязательное условие правильного воспитания медицинского работника, преодоления разрыва теории обучения и практики непосредственной работы – поддержание режима «психической асептики» непосредственно в ЛПУ. Очевидно, что при одинаковых стартовых условиях (финансирование, кадры, и др.) больницы и поликлиники разительно отличаются по уровню своей профессиональной культуры. Если администрация ЛПУ в лице главного врача и главной медицинской сестры требовательна к сотрудникам в отношении соблюдения стандартов корпоративной культуры, проблем с соблюдением этических норм в коллективе не будет. В этом случае медицинские работники сами будут одергивать своего коллегу, позволившего себе нарушить этические нормы поведения, так как грубость одного бросает тень на весь коллектив.

На базе больниц необходимы постоянно действующие совместные врачебно-сестринские этические тренинги – именно совместные, так как сёстры постоянно сетуют на разобщённость врачебного и сестринского персонала. Например, почему хотя бы раз в полгода не проводить прекрасную деловую игру «Больница, доброжелательная к пациенту (или ребёнку, или инвалиду, или сотруднику)»? Не попробовать общими усилиями ответить на вопрос: «В чём проявляется корпоративная культура данного конкретного ЛПУ? Какие её составляющие можно улучшить уже сейчас, исходя из принципов пациент-ориентированной медицины?». Возможно, следует активнее использовать позитивный опыт правительстве Москвы, связанный с организацией краудсорсинг-проектов. Например, участники одного из таких проектов предложили более 27 тысяч идей, направленных на улучшение работы столичных поликлиник. Очень важен был не только результат, но и процесс – многие пациенты по-другому взглянули на работу медиков, прибавилось понимания сложности их работы и сочувствия к ним.

Напомним, что в Основах законодательства «Об охране здоровья граждан РФ» в редакции 1993 года имела место статья об организации этических комитетов в ЛПУ, которая в закон 2011 года не была включена. И если деятельность этических комитетов, созданных в соответствии с законодательной базой для этической экспертизы протоколов клинических исследований, стала обычной практикой в нашей стране, то больничные этические комитеты в отсутствие развитого гражданского общества не функционируют, а если и создаются, то преимущественно – на бумаге. Если этические комитеты – как общемировая практика – получили бы

распространение в нашей стране при больницах и поликлиниках, медицинские сёстры смогут войти в их состав и консультироваться у специалистов, а не на форумах в интернете. В отсутствие больничных этических комитетов целесообразно введение в штатное расписание должности консультанта по медицинской этике (как раз в этом году официально ставится вопрос о регистрации трёх новых специальностей: биоэтик, медицинский антрополог и специалист-консультант по культурно-этическим компетенциям).

Выводы.

1. Формирование позитивных общественных ожиданий от сестринского дела, повышение социального статуса медсестёр, достойная оплата их труда и законодательная защита – обязательное условие совершенствования сестринской практики.

2. Профессиональный уход за тяжелобольными и(или) неподвижными пациентами – этический долг медицинской сестры. Включение в номенклатуру научных специальностей шифра «сестринское дело» сделает возможным создание научно обоснованных стандартов клинического ухода при различных состояниях и заболеваниях пациента.

3. Вопросы биоэтики, психологии, конфликтологии, педагогики и медицинского права должны быть введены в достаточном объёме в учебные планы и программы всех уровней подготовки сестринского персонала, включая программы последипломного образования.

4. Создание системы повышения квалификации для преподавателей биомедицинской этики позволит повысить уровень медико-гуманитарной культуры учащихся медицинских образовательных учреждений.

5. Повышение требовательности к руководителям сестринской службы в части организации систематического обучения сотрудников этическим стандартам профессиональной деятельности актуально для успешного создания в клиниках бесконфликтной пациент-ориентированной среды.

Мы слишком редко обращаемся к традициям отечественного милосердия. Н.И. Пирогов так характеризовал настоятельницу Крестовоздвиженской общины сестёр милосердия Е.М. Бакунину: «Вся её личность дышала истиной. Полная гармония царствовала между её чувствами и её действиями. Она точно составляла слиток всего возвышенного». Полная гармония между чувствами и действиями истинной сестры милосердия – вот тот этический идеал в сестринском деле, к которому все мы должны стремиться.

Литература:

1. Бабаян, С. Р. Формирование единой информационно-образовательной среды – фактор повышения качества сестринской помощи / С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова // Медсестра. – 2014. – № 11. – С. 43-47.
2. Двойников С. И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела / Учебное пособие. М.: ВУНМЦ, 2002. - 160 с.
3. Доника А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогеनेза на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. - № 2. - С.52-57.
4. Жолудь Д.С. Биоэтическое содержание «блага» в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.54.

УДК 624.253.618

**АВТОРИТЕТНОЕ УЧАСТИЕ
РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ
В ПРОГРАММЕ ЮНЕСКО ПО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ И
ИНФОРМАЦИИ В ОБЛАСТИ БИОЭТИКИ**

О.И. Кубарь

Доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории этиологии и контроля вирусных инфекций ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, член комитета по биоэтике при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО, член правления экс-член правления Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО, г. Санкт-Петербург, okubar@list.ru

Г.Л. Микиртичан

Доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, humdisc@mail.ru

Н.Н. Седова

Доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, зав. кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, зав. Отделом этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра, г. Волгоград, nns18@yandex.ru

А.З.Лихтшангоф

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, zinovich@list.ru

В работе представлены этапы многолетнего сотрудничества ведущих образовательных кафедр РФ в области биоэтики с уполномоченными органами системы ЮНЕСКО, работающими в сфере этики науки и технологий. Дан анализ основных направлений деятельности по созданию и развитию образовательных, информационных и дискуссионных ресурсов изучения универсальных этических принципов, провозглашенных «Всеобщей декларацией о биоэтике и правах человека» (ЮНЕСКО, 2005). В статье всесторонне освещено значение процесса широкого обсуждения вопросов реализации этических принципов на специализированных конференциях, организованных в рамках работы отделений кафедры по образованию в области биоэтики ЮНЕСКО. Особая роль отводится тематическим и системным публикациям по проблеме биоэтики и представлению приоритетов этического мышления на различных административных и нормативно-управленческих площадках с целью формирования гуманитарного влияния и строительства гармонизированного пространства применения этических принципов во всех областях биологии и медицины. Показано значение журнала «Биоэтика», как новаторской площадки по созданию широкого доступа к фундаментальным знаниям и инициативным проектам в области биоэтики для представителей медицинской аудитории и смежных профессий.

Ключевые слова: кафедра биоэтики ЮНЕСКО, преподавание биоэтики, информационное обеспечение, Всемирный день биоэтики, права человека в медицине, равенство, справедливость.

5. Озерова В.А. Медицинский профессионализм как контракт медицины и общества // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. - С.56
6. Панов, А. В. Правовые механизмы защиты при посягательствах на честь, достоинство и деловую репутацию медицинской сестры / А. В. Панов // Гл. мед. сестра. - 2014. - № 10. - С. 15-30.
7. Петров В.И., Седова Н.Н., Доника А.Д. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. - 2011. № 2(8). С.28-29
8. Рехачев В. П. Этика и деонтология в хирургии / В. П. Рехачев // Этические проблемы современной медицины: сб. науч. тр. межрегион. науч. - практ. конф. Архангельск. 2013.- С.103-105.
9. Шпирна, А.И. Сестринский процесс. Универсальные потребности человека в здоровье и болезни: учебное пособие для преподавателей и студентов / А.И. Шпирна, Е.Л. Коноплева, О.Н. Евстафьева. — М.: ВУНМЦ, 2002. - С. 93.
10. Хан А.А. Биоэтическое содержание «вреда» в современной медицинской практике (на примере кейс-стади) // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. - С.57
11. Donika A. Sociological studies in medicine: Bioethical content (Russian experience). Medicine and Law. 2018. Т 37. № 2. С. 315-326.
12. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.

References:

1. Babayan, S. R. Formirovanie edinoj informacionno-obrazovatel'noj sredy – faktor povysheniya kachestva sestrinskoj pomoshchi / S. R. Babayan, YU. A. Tarasova // Medsestra. – 2014. - № 11. – S. 43-47.
2. Dvojnikov S. I, Karaseva L.A., Ponomareva L.A. Teoriya sestrinskoj dela /Uchebnoe posobie. М.: VUNMC, 2002. - 160 s.
3. Donika A.D. Covremennye tendencii issledovanij problemy profессиогенеза на modeli medicinskih special'nostej // EHkologiya cheloveka. – 2017. - № 2. – S.52-57.
4. Holud' D.S. Bioehticheskoe soderzhanie «blaga» v sovremennoj medicinskoj praktike // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. - 2017. - № 4-1. – S.54
5. Ozerova V.A. Medicinskij professionalizm kak kontrakt mediciny i obshchestva // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. - 2017. - № 4-1. – S.56
6. Panov, A. V. Pravovye mekhanizmy zashchity pri posyagatel'stvah na chest', dostoinstvo i delovuyu reputaciyu medicinskoj sestry / A. V. Panov // Gl. med. sestra. – 2014. – № 10. – S. 15-30.
7. Petrov V.I. Bioehtika i personalizirovannaya medicina // Bioehtika. № 2(14). 2014. S.5-6
8. Rekhachev V. P. EHtika i deontologiya v hirurgii / V. P. Rekhachev // EHticheskie problemy sovremennoj mediciny: sb. nach. tr. mezhtregion. nach. - prakt. konf. Arhangel'sk. 2013.- S.103-105.
9. SHpирna, A.I. Sestrinskij process. Universal'nye potrebnosti cheloveka v zdorov'e i bolezni: uchebnoe posobie dlya prepodavatelej i studentov / A.I. SHpирna, E.L. Konopleva, O.N. Evstaf'eva. — М.: VUNMC, 2002. - S. 93.
10. Han A.A. Bioehticheskoe soderzhanie «vreda» v sovremennoj medicinskoj praktike (na primere kejs-stadi) // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. - 2017. - № 4-1. – S.57
11. Donika A.D. Sociological studies in medicine: Bioethical content (Russian experience). Medicine and Law. V.37. Issue 2. June 2018. P. 315-326.
12. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.