

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В РАЗНЫХ СТРАНАХ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ

Т.В. Матвейчик, канд. мед. наук, **Г.Е. Пецевич–Шчэнсна**

Белорусская медицинская академия последипломного образования
Республика Беларусь, 220013, Минск, ул. П. Бровки, 3/3,
Люблинский медицинский университет, Люблин
Польша, 120-059, Люблин, Аллея Рацлавицкая, 1
E-mail: matveichik51@rambler.ru

Представлены сведения о сестринском уходе за пациентами в последних фазах болезни, об общинах милосердия, сестринском деле и подготовке сестринских кадров в разных странах.

Ключевые слова: паллиативное лечение, хоспис, сестринская помощь.

Для цитирования: Матвейчик Т.В., Пецевич–Шчэнсна Г.Е. Сестринский уход в разных странах: история становления и развития. Медицинская сестра. 2019; 21 (4): 45–50. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-04-12>

Народный эпос донес до нас имена врачевателей древности – Полидамны в Египте, Мудрой Казы в Чехии, Медеи в Колхиде, Агамеды в Греции, Берегини у древних славян [16]. Опыт врачевания и медицинские знания основывались на условиях жизни. Позже помощь страждущим стала долгом каждого, кто исповедовал христианство. Главными врачами становились священники или знахари, приютами для больных – храмы и церкви. Впоследствии больницы создавались на основе церквей. Помощниками служителей церкви были женщины-дьяконицы, нередко – знатного рода. Создавались богадельни и кельи – убежища для больных. Это было милосердие, угодное Богу. С XI века – кельи стали называть больницами, а в странах Европы – госпиталями.

Идея паллиативного лечения возникла в средние века. Слово «паллиативный» в переводе с латинского означает «укрытие», «ковер», «покрытие» [15]. Цель паллиативной помощи – предоставить пациенту лечение и поддержку в последних фазах болезни, чтобы он мог чувствовать себя комфортней и жить как можно дольше без значительных физических и душевных страданий. Большая часть этой работы ложится на плечи медсестер.

Медики времен античности, следуя учению Гиппократу, полагали, что медицина не должна «протягивать свои руки» к тем, кто уже побежден болезнью. Помощь безнадежно больным считалась оскорблением богов: смертному человеку, даже наделенному даром врачевания, не пристало сомне-

ваться в том, что боги вынесли больному смертный приговор.

В XII веке (времена крестовых походов) появились различные учения об уходе за больными, многие молодые люди стремились в монастыри с целью получения медицинских знаний [6].

Салернская медицинская школа (Италия) издала «Салернский кодекс здоровья», в котором были сформулированы основы гигиены питания, лечебного воздействия ряда продуктов, рациональных движений и омовений, которые соответствуют современным гигиеническим и диетическим представлениям.

История сестринского дела дает нам 3 образа медсестры: сестра-мать, осуществлявшая уход на дому, обряды, траволечение; сестра – милосердная дьяконица, ухаживавшая за больными в богадельнях; сестра-слуга – женщина, получавшая специальное образование [16].

Умиравшие получали помощь в местах особого призрения. Слово «хоспис», этимологически не связанное со смертью, постепенно получило ряд неожиданных значений, перекликающихся с целями и задачами сегодняшнего хосписа [5, 14]. Латинское слово *hospes* первоначально означало «гость», но позже его значение изменилось; оно приобрело значение «хозяин», а слово *hospitalis* – прилагательное от *hospes* – означало «гостеприимный, дружелюбный к странникам». От этого слова произошло и другое – *hospitium*, означавшее дружеские, теплые отношения между хозяином и гостем, а впоследствии – место, где эти отношения развивались. Хотя большинство христианских хосписов заботились в большей мере о душевном покое своих гостей, они прикладывали все усилия, чтобы заботиться и о теле.

Первые хосписы не были созданы специально для ухода за умирающими. Однако пациенты в них были окружены заботой и вниманием до конца своих дней. Первое употребление слова «хоспис» в применении к помощи умирающему появилось лишь в XIX веке.

Медицинская наука продолжала развиваться, роль медсестры расширилась до помощи врачам с применением медицинских технологий.

Важнейшая работа, посвященная уходу за умирающими, была опубликована мемориальным

фондом М.Кюри. Он начал организовывать стационары и выездные службы, готовить медсестер для домашнего ухода, проводить фундаментальные исследования, создавать образовательные программы. В 1947 г. доктор С. Сандерс, аттестованный социальный работник и бывшая медсестра, встретила в хосписе св. Луки пациента, у которого был неоперабельный рак. Он был переведен в другую больницу, где Сандерс навещала его до смерти. Они много беседовали о том, что могло бы помочь ему прожить остаток жизни достойно, о том, как, освободив умирающего человека от боли, дать ему возможность примириться с собой и найти смысл жизни и смерти. Эти беседы положили начало философии современного хосписного движения. После смерти пациента С. Сандерс пришла к убеждению, что необходимо создавать хосписы нового типа, обеспечивающие пациентам свободу, позволяющую найти собственный путь к смыслу жизни [6].

Книга «О смерти и умирании» (1969), написанная Э. Кюблер-Росс, произвела революцию в общественном сознании того времени. Автор утверждал, что смерть – это не «недоработка медицины», а естественный процесс, заключительная стадия роста человека [2].

ВОЗ была предложена модель, согласно которой большая часть ресурсов для оказания медицинской помощи онкологическим больным должна выделяться на паллиативное лечение [9]. Такая модель предполагает расширение объема помощи с симптоматического лечения до всесторонней (медицинской, психологической, социальной и духовной) помощи пациенту и его семье. Создание системы паллиативной помощи должно стать гарантом достойной жизни пациента и спокойной смерти [2,11,12].

С начала 80-х годов идеи хосписного движения начали распространяться по всему миру. В 1992 г. в Москве организовалась небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогавшая неизлечимо больным людям на дому [5, 7].

С 1997 г. в хосписе Св. Христофора начал действовать Информационный центр, который пропагандировал идеологию хосписного движения, помогал только что созданным хосписам и группам добровольцев литературой и практическими рекомендациями по организации дневных стационаров и выездных служб. Специальные исследования показали роль хосписов в социальной, психологической и эмоциональной поддержке при выходе из состояния скорби, контроле над болью [5, 9, 14, 15]. Обобщив данные о хосписах в США, обозреватель отметил: «Присутствие 2000 хосписов в 50 штатах значительно улучшило эмоциональное и духовное здоровье этой страны».

В России первый хоспис появился в 1990 г. в Санкт-Петербурге по инициативе В. Зорза – английского журналиста и участника хосписного движения. Через некоторое время в Москве была создана Российско-Британская ассоциация хосписов для оказания профессиональной поддержки российским хосписам. Идеи хосписного движения продолжали распространяться по России и достигли

Беларуси. Сейчас в России работают около 20 хосписов.

В Беларуси первый хоспис был открыт в 1994 г., в настоящее время их 4 [5, 6, 15].

В истории отечественной медицины социально направленное милосердие имеет глубокие корни. Оно – неиссякаемый источник примеров помощи людям разных сословий.

Исторически прослеживаются 3 системы медицинской помощи населению. Древняя, традиционная, система оказания помощи состояла в том, что люди оказывали помощь себе сами либо эту помощь предоставляли народные целители, к которым относились и акушерки. Второй тип развился с возникновением христианства и был связан с оказанием помощи отдельным группам населения: неимущие больные, сироты и обездоленные получали медицинскую помощь по месту жительства либо в построенных для этих целей учреждениях. В ранний период христианства оказание помощи больным и страждущим получило широкое развитие на территории Белоруссии.

Медико-санитарное дело Белоруссии развивалось на фоне условий жизни населения [4]. Крестьяне в средние века получали лечебную помощь и советы по сохранению здоровья от народных врачей: волхвов, зелейников, ведунов, знатцев (знахарей); врачи работали при дворах крупных магнатов; состоятельные горожане лечились у цирюльников. Первые учреждения больничного типа – шпитали появились в конце XIV – начале XV века.

В Лидском повете имеются сведения о 14 шпиталиях. В период разложения феодально-крепостнических отношений (с 1795 г.) в Лидском уезде были введены штатные должности уездного врача, старшего и младшего лекарских учеников, уездной повивальной бабки. Так происходило становление структуры медицинской помощи на Гродненщине [4].

В 1832 г. Приказом общественного призрения в городе Лида была открыта больница на 24 койки. Развитие капитализма, потребность в здоровой рабочей среде вынуждала некоторых помещиков нанимать в имения для обслуживания крестьян фельдшеров, врачей и других врачей. С 1809 по 1861 г. на Лидчине работали 9 врачей; в 1837 г. для обслуживания государственных крестьян была введена 1 должность окружного врача на 2 уезда. Таким образом, медицинской помощью была охвачена ничтожная часть населения – в 1856 г. 1 врач приходился в уезде на 21 750 жителей.

Сестры милосердия появились в Белоруссии во второй половине XVIII века, деятельность их была связана с религиозными и светскими нормами. Первые общины сестер милосердия в Щучине, Освее, Несвиже обеспечивали лечение «убогих» больных; они вели прием в первую очередь пациентов из своего уезда или поместья, раздавали лекарства, делали кровопускания.

Первый «госпиталь милосердия» на 24 койки в Минске, открытый в 1811 г. по инициативе ксендза Я. Дедерко, оказывал помощь в уходе за больными, осуществлял «попечение за подкидышами, сиротами и беспомощными стариками».

В конце XIX века в женском Тупичевском Свято-Духовом монастыре Мстиславского уезда был открыт прообраз хосписа для оказания помощи тяжелобольным и странникам без средств на лечение. Важен опыт Теолинского Спасо-Преображенского монастыря Августовского уезда, который существовал только на пожертвования благотворителей.

Действующая система медицинской помощи 2-го типа постепенно трансформировалась в медицинскую помощь, основанную на достижениях медицинской науки. Научные открытия конца XIX века оказали влияние на медицинскую практику: методы асептики, применение антисептиков, анестетиков, рентгеновских лучей, – все это внесло вклад в практику медицины. Роль медсестры возросла до масштабов помощи врачу в применении медицинских технологий.

К 1900 г. в России сложились основные *типы* общин сестер милосердия:

Общины *сестер милосердия*, входившие в состав Российского общества Красного Креста. Хотя вопросам религии придавалось определенное значение, выполнение обрядов было делом совести каждого. Уставы общин были довольно демократичными. Сестры получали зарплату в зависимости от сложности и объема работы. Заработанные средства или частные пожертвования шли на содержание коек для бесплатного лечения неимущих.

Монастырские, или епархиальные, общины сестер милосердия. Самой крупной была Покровская община сестер милосердия Киевского женского Воскресенского монастыря. В общины женщины и девушки вступали по глубоким религиозным убеждениям, а сестрами милосердия были монахини.

Самостоятельные *благотворительные* общины функционировали за счет частных пожертвований и средств, заработанных сестрами.

Особое влияние на развитие социального милосердия оказали периоды 1854 г. и 1877–1878 гг. (Крымская и Русско-турецкая войны).

Многие госпитали создавались после окончания военных действий для улучшения ухода за больными и ранеными. Наиболее крупными были Варшавская, Виленская, Московская, Иверская больницы, а также филиалы в других городах.

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

В 1916 г. в России была 141 община сестер милосердия. Из 26 тыс. сестер 8 тыс. были сестрами милосердия, остальные прошли подготовку в школах Красного Креста и на подготовительных курсах. В Белоруссии этот период ознаменовался становлением общин Красного Креста. Наиболее крупная из них действовала в Минске под предсе-

дательством губернатора – генерал-лейтенанта князя Н.Н. Трубецкого [16].

Дальнейшее развитие элементов медико-санитарного дела на селе в Белоруссии пришлось на эпоху капитализма в нашей стране [4]. С 1868 г. была введена официальная медицинская помощь сельскому населению: сельский уездный врач, 5–7 фельдшеров и 3 повивальные бабки; в 1872 г. в уезде работали 5 фельдшеров; каждый участок обслуживал 7000 лиц мужского пола. После 1887 г. уезд был разбит на 2 сельских врачебных участка с лечебницей на 10 коек, 2 приемными покоями и 1–2 фельдшерскими пунктами на каждом из них. В пореформенное время наряду с этим получила развитие волостная медицина [4]. Ее суть состояла в приобретении медикаментов и организации работы по найму врачей и фельдшеров на средства, собираемые у крестьян волости. В 1870 г. из 24 волостей уезда в 10 работали врачи по найму. Большая часть сельских жителей в этих условиях оставалась вне сферы деятельности сельских медицинских учреждений.

В дореволюционное время прогрессивные общественные деятели выдвинули принципы общедоступности и бесплатности медицинской помощи, санитарно-предупредительного надзора, патронажа, полного родовспоможения, специализации и др.

После 1939 г. в западных областях Белоруссии в корне изменились идейные и организационные основы построения и развития медико-санитарной помощи сельскому населению. В послевоенные годы наряду с быстрым восстановлением сети сельских лечебных учреждений увеличилось их количество [4]. В эти годы медико-санитарное дело в Республике получило дальнейшее теоретическое обоснование и практическое развитие. Врачебные амбулатории были реорганизованы в участковые больницы, на более крупных участках была введена специализация врачебной помощи по педиатрии, акушерству и гинекологии, хирургии. Значительное место в оказании специализированной врачебной помощи сельскому населению стали занимать медицинские учреждения районного центра.

Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения БССР» и 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране», а также соответствующие республиканские постановления способствовали развитию и приближению специализированной врачебной помощи к сельскому населению, более быстрому развитию медико-технической базы лечебных учреждений, усилению роли центральных районных больниц (ЦРБ).

Коечный фонд Лидского района, например, увеличился с 575 коек в 1965 г. (61,2 койки на 10 тыс. населения) до 830 (77,0) в 1970 г. Мощность ЦРБ расширилась с 200 до 425 коек. Число врачей возросло со 111 (11,8 на 10 тыс. населения) до 169 (15,7), число средних медицинских работников – с 412 (43,9) до 683 (63,9).

Больничную помощь население в стационарах г. Лида получало по 18 врачебным специальностям, в поликлиниках и диспансерах – по 21. В ЦРБ было организовано 11 профильных отделений. Частота госпитализации сельского населения превысила таковую городского населения и составила в 1965 г. 186,9 на 10 тыс. человек, в 1970 г. – 205,4, городского – соответственно 170,7 и 199,8.

В 60-е годы XX века в районе велась работа по развитию и укреплению материально-технической базы сельских лечебно-профилактических учреждений, укрупнению сельских участковых больниц. Средняя мощность участковой больницы увеличилась с 22,8 койки в 1965 г. до 30 в 1970 г.; в участковых и поселковых больницах находились на лечении 43% сельских жителей, госпитализированных во все стационары района [4].

Обучение кадров сестер милосердия – еще один этап этой важной работы. С 1890 по 1902 г. первая школа сестер милосердия при Минской городской больнице Приказа общественного призрения обучала работе не только в больнице, но и на дому. Главный губернский врачебный инспектор С.Н.Урванцов обеспечивал организацию учебного процесса с акцентом на практику. В программе обучения наряду с Законом Божьим изучались все основные дисциплины, соответствующие развитию медицинской науки того времени. В обязанности сестер милосердия входили дежурства на дому, противоэпидемическая работа, иммунопрофилактика оспы, скарлатины, борьба с холерой. В Александринской общине, учрежденной Могилевским губернатором Н.А. Зиновьевым, за 1898 г. сестрами милосердия были наложены 84 гипсовые повязки, сделано 2620 перевязок, привито от оспы 159 детей. Сестры милосердия участвовали в подворных обходах с целью выявления и предотвращения трахомы, брюшного тифа, дизентерии.

В 1991 г. было положено начало академической подготовке сестринских кадров в Гродненском государственном медицинском университете [10], формировалась многоуровневая система обучения среднего медицинского персонала. Элементы государственной программы развития сестринской службы были внедрены и продолжали совершенствоваться на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования (курс «Организация сестринского дела»).

Основываясь на многовековых традициях, сестринское дело в Беларуси получило значительное развитие в наши дни. Дошедшие до нас сведения о становлении заботы и ухода за больными дают представление о богоугодном милосердии, которое является неиссякаемым источником добра, любви, терпения, умения и сострадания [1,5].

Для полноценного осуществления работы по обучению медицинских кадров необходимо использовать отечественный и международный опыт [8, 12]. Развитие системы подготовки средних медицинских работников с последующим приобретением ими высшего сестринского образования – оптимальная модель развития теории и практики

сестринского дела, построения разнообразных инноваций, подходов и методов непрерывного профессионального обучения и повышения квалификации медсестер. Кроме того, получение медсестрами высшего образования является предпосылкой для достижения качественно новой образовательной цели с учетом международного опыта [10].

Следует отметить, что опыт зарубежных стран свидетельствует о возрастании объема помощи неизлечимым больным в домашних, а не в стационарных условиях и это оправдано не только с экономической точки зрения [8, 9]. Здравоохранение для пожилых включает в себя широкий спектр услуг: острый и хронический уход, амбулаторную, кратковременную и долговременную помощь, социально ориентированную персональную помощь на дому или в общине. В Великобритании отмечается рост числа дневных стационаров: в 1969 г. их было 90, к 1995 г. стало около 400 гериатрических и по меньшей мере 200 психогериатрических дневных госпиталей. В Голландии 87,3% пожилых людей ≥ 65 лет осматриваются врачом общей практики каждые 12 мес и имеют в среднем 6,7 врачебного контакта в год, в Великобритании 75% пожилых старше 65 лет осматриваются врачом общей практики 1 раз в год, на такие осмотры затрачивается 27% рабочего времени врачей. В Чехии только 4% лиц ≥ 65 лет получают амбулаторную помощь, в Голландии – 10%, в Великобритании и Швеции – 7%.

В США 85% всей системы здравоохранения ориентировано на развитие помощи на дому и амбулаторную службу. Появляется тенденция к сокращению числа койко-дней в больницах в среднем на 6,3 дня. Так, только 5% пожилых людей старше 65 лет в США находятся в домах медицинского ухода, 22% из них – лица старше 85 лет. Значительное большинство пожилых людей продолжают жить дома. В США профессиональные услуги помощи на дому предоставляют сертифицированные агентства, которые могут быть частными или некоммерческими.

В Швеции за 2 последних десятилетия снизилось число старых людей, проживающих в домах ухода; так, в 1980 г. 26% лиц ≥ 80 лет пребывали в таких домах, в 1991 г. их число сократилось до 15% и к 1995 г. лишь 5–7% старых людей находились в таких домах.

По мнению некоторых авторов, развитие помощи на дому ассоциируется с уменьшением использования домов ухода и аналогичных институтов и с увеличением ухода на дому, числа дневных стационаров, долговременных интернатов для престарелых, больниц сестринского ухода как наиболее экономически выгодных [3, 7, 8].

Определенное место занимает и самопомощь – это меры, направленные на активизацию личности, семьи, улучшение и поддержание здоровья, предупреждение и ограничение заболеваний.

Программой действий, принятой Всемирной Ассамблеей ООН по проблемам старения (1992), определены характер и объем медико-социальной помощи престарелым. В соответствии с этой программой забота о пожилых людях должна выходить

за пределы того, что связано лишь с медицинской стороной вопроса [5, 14, 15].

В странах Западной Европы существует значительный опыт организации и оказания медико-социальной помощи.

В Швеции режим децентрализации власти сумел установить местную автономию, обеспечивая каждому гражданину единообразие социальных условий и гарантируя равный доступ ко всем услугам независимо от места проживания. Он опирается на финансовое уравнивание богатых и бедных муниципалитетов. Конституционная защита социальных прав отражена в Законе о социальном обеспечении, который подчеркивает право человека на получение помощи со стороны общества в соответствии с основными принципами.

В Великобритании государственная политика в отношении престарелых граждан и инвалидов ориентирована на создание полноценных условий для проживания в домашних условиях благодаря предоставлению нестационарных форм и видов социального обслуживания. Существующие в стране дома-интернаты предназначены для старых людей, не имеющих семей или одиноких. Более активные старые люди получают уход в специальных поселениях, состоящих из группы домов, квартир или одноэтажных строений с верандой, где жильцы могут жить независимо. Им предоставляются разного рода удобства, а смотритель, проживающий неподалеку, в случае необходимости окажет срочную помощь.

Большая роль в социальной защите престарелых и инвалидов отводится органам здравоохранения, которые предоставляют в распоряжение пожилых граждан предметы санитарии и гигиены. Медсестры регулярно посещают их на дому, оказывая доврачебную помощь, дают советы по профилактике заболеваний, диете, уходу, в том числе организуют дежурства дневных или ночных сиделок.

Во Франции целью социально-бытовой помощи престарелым и инвалидам является создание условий для максимально долгого пребывания в домашних условиях. Наибольшее распространение получили услуги так называемых «домашних помощников» (социально-бытовое обслуживание на дому) и сестринский уход на дому. Служба «домашних помощников» предназначена для оказания пожилым людям услуг преимущественно бытового характера (приобретение продуктов, приготовление пищи, содержание жилых помещений). Финансируется она за счет государственного или частного страхования. Государство может предоставить организациям или добровольным объединениям финансовую помощь.

Для престарелых людей со значительной степенью утраты способности к самообслуживанию предназначена служба надомного сестринского ухода, включающая в себя элементы доврачебной медицинской помощи, гигиенические услуги. Основанием для предоставления престарелым людям ухода на дому является решение лечащего врача, а сама работа осуществляется бригадным методом – медсестрой и ее помощницей. Сестры

выполняют врачебные назначения и контролируют работу помощников, которые могут переодеть больного, умыться, поставить клизму. Оплата услуг по установленным расценкам производится за счет страхования по болезни.

В Германии традиционно важную роль в социальном обслуживании престарелых и инвалидов играют добровольные объединения, церковные благотворительные союзы и Немецкий Красный Крест. В современных условиях часть их функций вынуждено брать на себя государство. Большое распространение в стране получили центры дневного пребывания, различные клубы для пожилых людей. Несколько лет назад начали создаваться отделения для оказания престарелым медицинской, социальной помощи и ухода за больными в домашних условиях, включая помощь в хозяйственных делах [17].

В США утверждается тенденция к созданию условий для проживания престарелых граждан в домашних условиях. Нестационарные виды социальной помощи предоставляются государственными или частными организациями, а также путем денежных выплат престарелым для самостоятельного приобретения ими тех или иных социальных услуг с большим их выбором. Существуют различные фонды, обеспечивающие оплату медицинской помощи, предоставление дешевого жилья, продуктов, транспортных услуг. Распространена система выплат пособий семьям для организации ухода за пожилыми в домашних условиях, выплат на ремонт и благоустройство квартир, предоставление телефона во временное пользование.

Быстро развивается сеть специализированных платных центров для оказания социально-бытовой и медицинской помощи пенсионерам-инвалидам, страдающим тяжелыми заболеваниями нервной системы. Посетители таких центров обеспечиваются диетическим питанием, получают физиотерапевтические процедуры, занимаются лечебной гимнастикой, трудотерапией, пользуются услугами логопеда. Много внимания уделяется организации досуга (экскурсии, танцы, щадящие спортивные игры, беседы, диспуты с привлечением врачей, психиатров, сексопатологов, работает салон красоты). За инвалидами наблюдают медсестры, регулярно сообщающие лечащим врачам о динамике их здоровья. Пребывание в таких центрах дешевле, чем в стационарных учреждениях. Немалое значение придается возможности освобождения родственников инвалидов от необходимости постоянного ухода за ними [17].

В Японии продолжительность жизни за период после Второй мировой войны возросла и достигла в 1996 г. 74,3 года у мужчин и 79,8 года у женщин (80% мужчин и 90% женщин достигают возраста 65 лет); престарелые составляют >20% населения. В начале XXI века изменение демографической ситуации обусловило совершенствование системы социального обслуживания пожилых людей, которая была введена в 1983 г. и состоит из 2 этапов: для лиц старше 40 лет и ≥65 лет.

Людам в возрасте ≥ 65 лет медицинская помощь обеспечивается местными государственными властями и системами страхования.

Сестринское дело в Польше включает в себя такие элементы, как образование медсестер, клинический сестринский уход и наука. Целью деятельности медсестер является пациент: не только больной, но и здоровый, который, например, нуждается в образовательно-воспитательной работе, направленной на укрепление здорового образа жизни [18].

До 1969 г. медсестры Польши получали только среднее медицинское образование. Открытие факультета сестринского дела при Люблинской медицинской академии положило начало высшему сестринскому образованию. В настоящее время обучение медсестер в Польше осуществляется на 3 уровнях: лицензиат, магистратура и последипломное образование, которое предусматривает получение звания специалиста сестринского дела (например, в хирургии, неврологии, анестезиологии и других областях). Вступая в Евросоюз, Польша взяла на себя обязательство после переходного периода обеспечить всем сестрам получение высшего медицинского образования. В связи с этим огромная группа медсестер со средним медицинским образованием, повышает квалификацию на факультетах сестринского дела в высших учебных заведениях.

В клиническом сестринском деле совершенствуется методика сестринского ухода и связанная с ним документация (прежде всего история/карта сестринского ухода). В Польше развивается сестринское дело как наука. Увеличение числа медсестер с научным званием доцента и профессора позволило создать на некоторых факультетах сестринского дела научные комиссии. Сейчас медсестра может защищать диссертацию не только перед научными комиссиями на лечебных факультетах, но и на факультетах сестринского дела [18].

Медсестры Польши под руководством ассоциаций медсестер работают над тем, чтобы повысить престиж профессии, ее самостоятельность, зная, что успех в этом зависит от многоплановых, хорошо продуманных действий.

Сестринский уход в разных странах адаптируется к историческим аспектам его развития. Уход как форма оказания медико-социальной помощи пожилым, старым и одиноким людям имеет перспективу развития в больницах сестринского ухода и хосписах.

Литература

1. Апраксина К.В. Волонтеры в хосписах. Мед. помощь. 1996; 3: 19–22.
2. Биомедицинская этика: учеб. пособие Т.В. Мишаткина, Э.А. Фонотова, С.Д. Денисов [и др.]; под ред. Т.В. Мишаткиной [и др.]. Минск: ТетраСистемс, 2003; 320.
3. Вальчук Э.А., Гулицкая Н.И., Царук С.Ф. Организационные основы методической службы и статистического анализа в здравоохранении. Минск: БелМАПО, 2003; 381.

4. Вальчук Э.А. История, современное состояние и перспективы развития лечебно-профилактической помощи сельскому населению района: автореф. диссертации на соискание ученой степени к.м.н. М., 1981; 22.

5. Горчакова А.Г. Развитие системы хосписов в Республике Беларусь. Медицина. 2003; 1: 8–9.

6. Гронская Н.С. Хосписы – философия милосердия. Минск: БГМУ.

7. Запорованный Ю.Б. Медико-социальные койки: роль и значение. Здоровье населения – основа благополучия страны: материалы 5 съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь, Минск, 11–12 мая 2006 г. Минск: Минсктиппроект, 2006; 77–9.

8. Карюхин Э.В. Организация медико-социальной помощи пожилым людям. Ситуация в мире. Мир медицины. 2004; 4: 20–3.

9. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь. Краткое руководство: Архангельск, 2006; 240.

10. Мирский М.Б., Тищенко Е.М., Хильмончик Н.Е. Сестринское дело в Белоруссии (1795–2006): монография. Гродно: ГрГМУ, 2007; 160.

11. Постоляк Л.А., Цыбин А.К., Малахова И.В., Гракович А.А. Оптимизация медицинского обеспечения сельского населения Республики Беларусь в рамках реализации Государственной программы возрождения и развития села. Здоровье населения – основа благополучия страны: материалы 5 съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь, Минск, 11–12 мая 2006 г. Минск: Минсктиппроект, 2006; 3–8.

12. Тришин Л.С., Савина Н.А., Зайцев В.Ф. и др. Опыт медико-социальной помощи гериатрическим больным. Мед. знания. 2000; 6: 15–6.

13. Основы идеологии белорусского государства: учеб. пособие для вузов. Под общ. ред. С.Н. Князева, С.В. Решетникова. Минск: Акад. управления при Президенте Респ. Беларусь, 2004; 491.

14. Прендергаст О. Оливия: она была хосписом. Перевод с англ. В.А. Троцкого, А.Л. Троцкой. Минск: Церковь пробуждение, 2004; 256.

15. Савва Н.Н., Сытый В.П., Горчакова А.Г. Паллиативная помощь: современные представления. Медицина. 2003; 1: 9–10.

16. Светлович, Т.Г. История сестринского дела: учеб. метод. пособие. Минск: БелМАПО, 2003; 38.

17. Miller Judith Fitzgerald. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. Copinght. 1992; 2.

18. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2007 r. Wyniki bada. Warszawa: GUS 2008.

NURSING CARE IN DIFFERENT COUNTRIES: THE HISTORY OF FORMATION AND DEVELOPMENT
T.V. Matveichik, Cand. Med. Sci.¹; G.E. Piecievic-Šcensna²

¹Byelorussian Medical Academy of Postgraduate Education,
3/3 P. Brovka St., Minsk 220013, Republic of Belarus;

²Medical University of Lublin,
1, Aleje Raclawickie, Lublin, 120-059, Poland

The paper provides information on nursing care for patients in the end-stages of the disease, on charity communities, nursing, and nursing education in different countries.

Key words: palliative care, hospice, nursing care.

For reference: Matveichik T.V., Piecievic-Scensna G.E. Nursing care in different countries: the history of formation and development. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (4): 45–50. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-04-12>