

И. И. БУРАКОВ, Э. А. ДОЦЕНКО, М. В. ШОЛКОВА

**УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ
КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР. РЕЖИМ
ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Минск БГМУ 2017

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

И. И. Бураков, Э. А. Доценко, М. В. Шолкова

**УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ
КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР. РЕЖИМ
ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2017

УДК 616-083(075.8)
ББК 53.5я73
Б91

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 19.04.2017 г., протокол № 8

Рецензенты: зам. директора по производственному обучению Белорусского государственного медицинского колледжа Г. В. Гайдо; канд. мед. наук, доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования Т. В. Матвейчик

Бураков, И. И.

Б91 Уход за пациентами как лечебный фактор. Режим организаций здравоохранения : учебно-методическое пособие / И. И. Бураков, Э. А. Доценко, М. В. Шолкова. – Минск : БГМУ, 2017. – 28 с.

ISBN 978-985-567-809-1.

Содержит сведения о роли ухода в лечебном процессе, основных типах учреждений здравоохранения и структурных подразделений больницы, правилах внутреннего распорядка в организациях здравоохранения, обязанностях среднего и младшего медицинского персонала, принципах медицинской этики и деонтологии, понятии «ятрогении».

Предназначено для студентов 2-го курса лечебного и военно-медицинского факультетов.

УДК 616-083(075.8)
ББК 53.5я73

ISBN 978-985-567-809-1

© Бураков И. И., Доценко Э. А., Шолкова М. В., 2017
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2017

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: для студентов 2-го курса лечебного и военно-медицинского факультетов — 4 ч.

Цель занятия: ознакомить студентов с понятием «общий уход за пациентами»; ролью ухода в лечебном и диагностическом процессе; функциями врача в организации ухода; основными типами учреждений здравоохранения; основными структурными подразделениями больницы; правилами внутреннего распорядка в организациях здравоохранения; обязанностями среднего и младшего медицинского персонала; принципами медицинской этики и деонтологии; понятием «ятрогении».

Задачи занятия. Для успешного усвоения темы студенты должны:

1) ознакомиться с понятием «уход за пациентами», изучить определение, познакомиться с историей развития профессии медицинской сестры, задачами и особенностями ухода за пациентами при различных заболеваниях;

2) изучить основные типы учреждений здравоохранения, структурные подразделения больницы, структуру терапевтического и приемного отделений больницы;

3) изучить правила внутреннего распорядка в организациях здравоохранения, меры контроля их выполнения, ответственность за нарушение;

4) изучить обязанностями врача, палатной медицинской сестры и младшей медицинской сестры (санитарки) в осуществлении общего ухода;

5) изучить принципы медицинской этики и деонтологии, применяющиеся при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников;

б) изучить причины ятрогенных заболеваний, меры их профилактики.

Требования к исходному уровню знаний. Для подготовки к занятию студенту следует ознакомиться с соответствующими разделами основной и дополнительной литературы, освещающими вопросы профессиональной этики, общего ухода за пациентами и правил внутреннего распорядка в учреждениях здравоохранения.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

I. Медицинская психология:

1. Какие коммуникативные навыки наиболее важны для медицинского работника?

2. Какие существуют модели взаимоотношений медицинского работника и пациента, медицинского работника и родственников пациента?

II. Биомедицинская этика:

1. Что означает термин «биомедицинская этика»?

2. Каковы основные принципы медицинской этики?

3. Каковы основные принципы этики взаимоотношений медицинских работников?

III. Латинский язык:

1. От каких латинских слов происходит термин «деонтология»?

2. От каких латинских слов происходит термин «ятрогения»?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «уход за пациентами». Почему уход за пациентами считается лечебным фактором?

2. История развития профессии медицинской сестры.

3. Каковы обязанности врача в организации квалифицированного общего ухода за пациентами?

4. Какие существуют типы учреждений здравоохранения? Назовите учреждения здравоохранения амбулаторного типа.

5. Какие существуют учреждения здравоохранения стационарного типа?

6. Из каких структурных подразделений состоит больница?

7. Структура терапевтического и приемного отделений больницы.

8. Какая больница называется клинической?

9. Правила внутреннего распорядка учреждения здравоохранения.

10. Функциональные обязанности палатной медицинской сестры.

11. Функциональные обязанности медицинской сестры приемного отделения.

12. Функциональные обязанности младшей медицинской сестры (санитарки).

13. Основные принципы медицинской этики и деонтологии.

14. Что такое врачебная тайна? В каких случаях допустимо сообщать информацию, составляющую врачебную тайну, третьим лицам?

15. Что такое информированное согласие пациента? Порядок получения информированного согласия.

16. Причины и разновидности ятрогенных заболеваний. Профилактика ятрогений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ». УХОД КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

Уход за пациентом представляет собой комплекс мероприятий, обеспечивающих жизнедеятельность пациентов. Термин «уход» сопоставим с зарубежным термином «сестринское дело». Согласно определению ВОЗ, сестринское дело охватывает независимое и совместное обслуживание людей всех возрастных групп, семей, групп населения и сообществ, больных или здоровых, во всех условиях. Оно включает укрепление здо-

ровья, профилактику болезней и уход за больными, инвалидами и умирающими людьми.

Уход за пациентами предусматривает не только оказание пациенту помощи в удовлетворении различных физиологических потребностей (сон, питание, мочеиспускание и дефекация, личная гигиена, передвижение и др.), но и, с медицинской точки зрения, выполнение различных лечебно-диагностических процедур (забор биоматериала для анализов, подсчет частоты пульса и дыхания, измерение артериального давления, выполнение инъекций лекарственных средств и т. д.).

Уход за пациентами играет важную роль в лечении как острых, так и хронических заболеваний. Например, правильные гигиенические мероприятия по уходу за кожей способны предотвратить развитие пролежней, адекватная двигательная активность снижает риск застойной пневмонии. И наоборот, при отсутствии полноценного ухода даже дорогостоящие высокотехнологичные вмешательства могут быть недостаточно эффективны из-за появления тяжелых осложнений, которые предотвратимы при правильной организации ухода за пациентом.

Так, пациенту в первые несколько суток после развития инфаркта миокарда ограничивается двигательная активность и предписывается строгий постельный режим. К примеру, пациенту с инфарктом миокарда вовремя не принесли судно для опорожнения кишечника и не объяснили, чем опасно нарушение двигательного режима. Велика вероятность, что, отправившись по нужде в туалет, пациент даст чрезмерную нагрузку на поврежденную сердечную мышцу и у него может развиваться одно из осложнений инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма, ранняя постинфарктная стенокардия или даже разрыв миокарда с гемотампонадой перикарда (в последнем случае прогноз у пациента очень плохой). То есть неправильный уход напрямую влияет на исходы болезней.

Уход и лечение пациента нельзя полностью разделить между собой. Это взаимно связанные и дополняющие звенья одного и того же лечебного процесса, цель которого — сохранение и укрепление здоровья пациента.

Уход за пациентами в традиционной отечественной медицинской школе делится на общий и специальный. *Общий уход* включает такие мероприятия лечебно-профилактического характера, которые могут проводиться всем пациентам без учета специфики их заболеваний. Например, к общему уходу относят выполнение инъекций, измерение пульса, артериального давления и т. п., то есть такие манипуляции, которые проводятся по общему стандарту у всех пациентов. К *специальному уходу* относятся мероприятия, которые могут быть применены лишь у пациентов с поражением определенной системы органов, и только в соответствии с профилем основного заболевания или состояния (гинекологическим, травма-

тологическим, стоматологическим и др.). Только в акушерских отделениях или женских консультациях измеряются размеры таза женщины или выслушивается сердцебиение плода.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Основы использования научного подхода при уходе за пациентами были заложены Флоренс Найтингейл (рис. 1). Эта выдающаяся женщина родилась в 1820 г. Она происходила из аристократической британской семьи и получила блестящее образование. Преодолев сопротивление семьи, Флоренс посвятила себя помощи больным. В то время профессии медицинской сестры не существовало. Это было не очень уважаемое ремесло, грязное, плохо оплачиваемое и малорезультативное, так как пациенты в больницах умирали чаще, чем выздоравливали. В 1954 г., во время Крымской войны (между Российской Империей и Великобританией, союзниками которой были Турция и Франция), Флоренс Найтингейл вместе с другими сестрами милосердия оказывала помощь в полевых госпиталях в Османской Империи и в Крыму. В переполненных и нечистых госпиталях гораздо больше раненых умирало от инфекций, чем от самих ран. Когда Флоренс смогла организовать уход за ранеными с применением гигиенических принципов, смертность за полгода снизилась с 42 до 2,2 %. Флоренс Найтингейл считала, что задача сестер милосердия — не только спасти раненых от физических недугов, но и исцелять духовно. Ее прозвали «Леди с лампой», потому что по ночам она обходила палаты с больными со светильником в руке.



Рис.1. Флоренс Найтингейл

После возвращения домой Флоренс Найтингейл организовала первую сестринскую школу, которая стала прообразом медицинских колледжей, а также написала несколько книг по сестринскому делу, ставших

основой образования медицинских сестер. Сестры милосердия, окончивая школу, произносили составленную Флоренс Найтингейл торжественную клятву, в которой были такие слова: «Всеми силами я буду стремиться помочь врачу в его работе и посвящу себя обеспечению здоровья тех, кто обратился ко мне за помощью». Флоренс Найтингейл умерла в 1910 г., ее имя носит самая почетная награда — медаль для сестер милосердия, учрежденная Лигой Международного Красного Креста.

В Российской Империи помощь больным и немощным всегда оказывали в православных монастырях. Петром I была организована «Медицинская коллегия», которая в 1728 г. для работы в госпиталях ввела штатные единицы для женщин по уходу за больными. В 1776 г. в Москве была создана Екатерининская больница на 150 коек. В больничный штат входили главный доктор, один лекарь, два подлекаря и 24 сиделки мужского и женского пола. В 1797 г. специальным указом во всех губернских и уездных городах России ввели должность повивальных бабок.

В XIX в. при больницах стали нанимать вдов, которые за небольшую плату ухаживали за больными. «Сердобольные вдовы» наблюдали за благоустройством в палатах, порядком в раздаче больным пищи и лекарств, за чистотой и опрятностью больных, их постелей и белья, за поведением больных и посетителей. Доктора и лекари давали вдовам наставления по уходу за больными.

Первая община сестер милосердия, названная впоследствии «Свято-Троицкая», была основана в Санкт-Петербурге в 1844 г. В общину, согласно уставу, принимались девушки и вдовы в возрасте от 20 до 40 лет. Первый год работы у сестер проверялись душевные и физические качества, необходимые для работы. Врачи преподавали сестрам правила ухода за больными, способы перевязки ран, фармацию, рецептуру. Через год сестры давали присягу и становились полноправными членами общины. В работе общины принимал активное участие Н. И. Пирогов.

Похожие общины стали открываться во многих городах России. В 1867 г. сестринское обучение стало осуществляться на базе Российского общества Красного Креста (РОКК), а общины объединились в школы сестер милосердия.

К 1917 г. в России существовало 109 общин и около 10 000 сестер милосердия (рис. 2).

После революции общины сестер милосердия уступили место техникумам, появилось новое название профессии — «медицинская сестра». В годы Великой Отечественной войны свыше 500 000 медицинских сестер оказывали помощь на фронте и в тыловых госпиталях.



Рис. 2. Сестра милосердия у постели раненого (фото 1906 г.)

В 1965 г. в Советском Союзе были созданы курсы повышения квалификации медицинских сестер. В Гродненском медицинском университете с 1992 г. существует факультет по подготовке медицинских сестер с высшим образованием. С 1991 г. медицинские училища и техникумы стали переименовываться в колледжи. В Республике Беларусь последипломное обучение медицинских сестер осуществляется в БелМАПО и медицинских колледжах.

Однако за последние десятилетия как в Российской Федерации, так и в Республике Беларусь произошло снижение престижа профессии медицинской сестры, что обусловлено в основном низким социально-профессиональным статусом. К профессиональным навыкам и психологическим качествам медицинских сестер предъявляются высокие требования, что приводит к быстрому профессиональному выгоранию. Результатом этих процессов является низкая укомплектованность учреждений здравоохранения младшим и средним медицинским персоналом. Возникает своеобразное несоответствие: при возросшем уровне и качестве диагностики заболеваний и лечения пациентов снижается качество выхаживания после медицинских вмешательств. Существует необходимость разработки продуманных организационных мер и переосмысление роли среднего медицинского персонала в лечебном процессе.

РОЛЬ ВРАЧА В ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА

За организацию лечебно-диагностического процесса, а также обеспечение адекватного ухода за пациентами врач несет юридическую, профессиональную и моральную ответственность.

Уже при первом контакте с пациентом врач принимает решение о госпитализации или амбулаторном лечении, о способе транспортировки. В приемном отделении больницы врач решает, в какое отделение необходимо направить пациента, насколько полную санитарную обработку нужно провести, определяет способ транспортировки. В отделении стационара лечащий врач назначает пациенту двигательный режим, определяет режим питания, в дальнейшем контролирует правильность выполнения лечебных и диагностических процедур. Собственно уход за пациентами не входит в должностные обязанности врача, однако каждый врач должен быть знаком с сестринскими манипуляциями и уметь выполнять их. Зная показания, противопоказания и возможные осложнения, врач способен проконтролировать качество выполнения сестринских процедур. Поэтому изучение принципов ухода и технологий его осуществления является необходимой частью подготовки будущего врача.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Здравоохранение — отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения.

Здравоохранение Республики Беларусь включает:

- 1) государственную систему здравоохранения;
- 2) негосударственные организации здравоохранения (например, частные медицинские центры);
- 3) другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую или фармацевтическую деятельность (например, организации здравоохранения, Министерства обороны);
- 4) индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность.

Организация здравоохранения — юридическое лицо, основным видом деятельности которого является осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности. Медицинская деятельность — деятельность по организации и оказанию медицинской помощи, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведению медицинской экспертизы.

Медицинская помощь — комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента, включающий медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками.

В Республике Беларусь пациентам оказываются следующие виды медицинской помощи:

- 1) первичная медицинская помощь;
- 2) специализированная медицинская помощь;
- 3) высокотехнологичная медицинская помощь;
- 4) медико-социальная помощь;
- 5) паллиативная медицинская помощь.

Первичная медицинская помощь — основной вид медицинской помощи при наличии у пациента наиболее распространенных заболеваний, при беременности и родах, при проведении диагностики и медицинской профилактики. Например, если пациент обращается в поликлинику к участковому терапевту по поводу повышения температуры тела, головной боли, болей в горле, ему оказывается первичная медицинская помощь.

Специализированная медицинская помощь — вид медицинской помощи при наличии у пациента более сложных или тяжелых заболеваний, требующих применения специальных методов диагностики и лечения. Например, если терапевт заподозрит у пациента с вышеуказанными жалобами острое инфекционное заболевание (инфекционный мононуклеоз) и направит на госпитализацию в инфекционную больницу, там пациенту окажут специализированную медицинскую помощь.

Высокотехнологичная медицинская помощь — вид медицинской помощи при наличии у пациента заболеваний, требующих применения новых, сложных, уникальных методов, основанных на современных достижениях медицинской науки и техники и имеющих высокую клиническую эффективность. Например, если пациенту с ишемической болезнью сердца произведена операция аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения, ему была оказана высокотехнологичная медицинская помощь.

Медико-социальная помощь — вид медицинской помощи при наличии у пациента хронических заболеваний, требующих постоянного круглосуточного медицинского наблюдения, но не требующих интенсивного оказания медицинской помощи (например, помощь пожилым людям в домах сестринского ухода, домах-интернатах).

Паллиативная медицинская помощь — вид медицинской помощи при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, направленный на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента. Паллиативная медицинская помощь предоставляется, например, пациентам со злокачественным онкологическим заболеванием в терминальной стадии.

Медицинская помощь может оказываться пациенту как в организации здравоохранения (амбулаторно, стационарно или в условиях отделения дневного пребывания), так и вне ее.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в случае, если пациент не нуждается в постоянном круглосуточном медицинском наблюдении. В стационар пациента направляют, если он нуждается в интенсивном оказании медицинской помощи и (или) постоянном круглосуточном медицинском наблюдении.

Соответственно, различают два вида организаций здравоохранения — стационарные (больничные) и амбулаторно-поликлинические.

К амбулаторно-поликлиническим организациям относятся:

- амбулатория;
- поликлиника;
- диспансер;
- центр;
- медико-реабилитационная экспертная комиссия;
- военно-врачебная комиссия;
- медико-санитарная часть.

Амбулатория — учреждение здравоохранения, обслуживающее небольшой контингент населения. Количество врачей в амбулаториях не более 5 (чаще 1–3), работают преимущественно представители основных медицинских специальностей (терапевт, хирург, реже стоматолог, гинеколог).

Поликлиника — многопрофильная лечебно-профилактическая медицинская организация, работает, как правило, по территориальному принципу, то есть оказывает помощь людям, проживающим на прикрепленной территории. Основные задачи этой организации здравоохранения — лечение и профилактика заболеваний у населения. В составе поликлиники могут быть открыты разные отделения: терапевтическое, хирургическое, стоматологическое, женская консультация, дневной стационар, отделение функциональной диагностики, рентгенологическое и др.

Диспансер — учреждение здравоохранения, осуществляющее медицинскую помощь пациентам по нозологическому принципу, то есть только пациентам с определенными заболеваниями. Например, существуют наркологические, психоневрологические, онкологические диспансеры. Они могут иметь в своем составе только поликлинику или как поликлиническое, так и стационарное отделения.

Центр — это крупное учреждение, обладающее большими диагностическими и лечебными возможностями. Если основная деятельность центра имеет консультативный характер, он называется диагностическим. Если в центре осуществляется научная работа, он называется научно-практическим. Центр может быть амбулаторным или стационарным типом медицинского учреждения.

Стационарная медицинская помощь оказывается пациентам круглосуточно. Как правило, на стационарное лечение направляются пациенты, требующие постоянного наблюдения или применения сложных методов диагностики и лечения.

Стационарные организации здравоохранения:

- больница;
- госпиталь;
- медико-санитарная часть;
- диспансер;
- центр;
- родильный дом;
- дом ребенка;
- хоспис.

Больница — это основной стационарный тип учреждений здравоохранения. Она может быть многопрофильной (имеющей отделения для пациентов с различными группами заболеваний, например терапевтическими, хирургическими, травматологическими, гинекологическими и т. д.) и специализированной (инфекционная, гинекологическая).

Госпиталь — больница для лечения и медицинского обслуживания военнослужащих.

Медико-санитарная часть — учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания медицинской помощи сотрудникам предприятий.

Хоспис — это медицинское учреждение, в котором пациенты с неблагоприятным исходом хронических заболеваний получают паллиативную помощь. Основная задача медицинского персонала в хосписе — облегчить страдания пациентов в последние дни жизни.

В родильном доме оказывается медицинская помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным.

Дом ребенка предназначен для воспитания и оказания помощи детям-сиротам, детям, чьи родители лишены родительских прав, а также детям с дефектами умственного и физического развития.

Отдельно выделяют организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь населению, которые используются как клиническая база учреждениями образования (медицинскими университетами, академиями последипломного образования) или в научных целях. Такие организации называются **клиническими**.

Кроме того, выделяют организации скорой (неотложной) медицинской помощи (станции, подстанции, центры); организации переливания крови (станции, центры); санатории, санитарно-эпидемиологические организации, аптечные организации; организации особого типа (патологоанатомическое бюро, протезно-ортопедический восстановительный центр, центр экспертиз и испытаний в здравоохранении и др.).

СТРУКТУРА БОЛЬНИЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Больницы имеют определенную структуру, хотя отличаются по подчинению (районные, городские, областные), размеру, обслуживаемому контингенту, наличию или отсутствию специализации и т. д. Однако можно выделить основные подразделения больницы:

- административно-хозяйственная часть (главный врач, его заместители, главная медицинская сестра, отдел кадров, бухгалтерия);
- приемное отделение (в многопрофильной больнице их может быть несколько);
- лечебные отделения (терапевтические, хирургические, акушерско-гинекологические, педиатрические и т. д.);
- диагностические отделения (отделение функциональной диагностики, рентгенологическое отделение, лаборатория);
- прочие структурные подразделения (аптека, пищеблок, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, библиотека, склад и др.).

СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Приемное отделение — «зеркало больницы», где пациент впервые встречается с больничной организацией. Прием пациентов днем осуществляется заведующим отделением совместно с дежурным врачом, ночью — дежурным врачом. Пациент может поступать в стационар в плановом (по направлению поликлиники) или экстренном порядке (по направлению поликлиники или бригады скорой медицинской помощи), а также «самостоятельно» — самостоятельно, без направления.

В структуру приемного отделения могут входить: регистратура, смотровые (кабинеты для осмотра пациентов), процедурный кабинет (перевязочная, манипуляционная — в зависимости от профиля больницы), лечебно-диагностическая палата, кабинет санитарной обработки, комната медицинского персонала, кабинет заведующего и кабинет врача, вестибюль, санузлы для пациентов и для медицинского персонала, кладовая и другие вспомогательные помещения.

Функции приемного отделения:

- прием и регистрация пациентов;
- врачебный осмотр, первичная диагностика поступающих пациентов;
- изоляция пациентов, подозрительных на инфекционные заболевания, и лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения;
- оказание экстренной и неотложной помощи;
- санитарная обработка;
- транспортировка пациентов в профильные медицинские отделения;
- наблюдение за пациентами для уточнения диагноза.

Обязанности медицинской сестры приемного отделения

При поступлении пациента в приемное отделение медицинская сестра приемного отделения выполняет следующие обязанности:

1. Проверяет документы пациента (направление в больницу, паспорт или другой документ, удостоверяющий личность).

2. Регистрирует пациента в «Журнале учета приема пациентов и отказов в госпитализации» (форма № 001/у-07) и вызывает врача для осмотра пациента. В настоящее время все документы на поступающего пациента заполняются в электронном виде, а хранятся как в электронном виде, так и на бумажном носителе. В случае отказа от госпитализации, необходимо точно указать причину отказа и принятые меры (показана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар и т. д.).

3. После осмотра пациента врачом и принятия решения о госпитализации медицинская сестра заполняет паспортную часть «Медицинской карты стационарного пациента» (форма № 003/у-07) и «Статистическую карту выбывшего из стационара» (форма № 066/у-07). При этом выполняются следующие требования:

- № истории болезни должен соответствовать № статистической карты;
- фамилия, имя и отчество пациента записываются полностью;
- указывается пол (мужской или женский);
- указываются место проживания пациента, точный адрес, где прописан и где проживает, в случае поступления иностранного гражданина — страна или республика;
- указывается место работы и должность;
- вносятся сведения о родственниках (Ф. И. О, адрес, № телефона);
- указывается, кем направлен пациент (№ поликлиники, женской консультации, бригадой скорой медицинской помощи и т. д.);
- вносится диагноз направившего учреждения (переписывается диагноз из направления, а если пациент обратился самостоятельно, то указывается, что без диагноза), записывается дата (месяц, год) и время поступления (часы, минуты);
- указывается название отделения, в которое госпитализируется пациент;
- в случае, если пациент является ветераном войны, записывается № удостоверения;
- осуществляется знакомство пациентов с правилами внутреннего распорядка (под роспись в медицинской карте);
- делается отметка с указанием даты и личной подписи медсестры об осмотре пациента на чесотку и педикулез;

– отмечаются антропометрические данные (вес, рост), измеряется артериальное давление и температура тела, и данные вносятся в медицинскую карту.

4. Осуществляет выполнение врачебных назначений в случае оказания экстренной и неотложной помощи пациенту.

5. Проводит санитарную обработку, переодевает пациента и доставляет в отделение, в зависимости от состояния пациента (пешком, с сопровождающим медицинским работником, в кресле, на каталке).

6. Обеспечивает транспортировку пациента в отделение в сопровождении младшей медицинской сестры или санитарки.

Сопровождающий при транспортировке передает пациента медицинскому персоналу отделения за личной подписью.

СТРУКТУРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Терапевтическое отделение в составе больницы может быть общетерапевтическим (в небольших больницах) и специализированным. Специализированные терапевтические отделения чаще работают в составе многопрофильной больницы: кардиологическое, пульмонологическое, гастроэнтерологическое, ревматологическое. Обычно терапевтическое отделение включает в себя следующие элементы: кабинет заведующего отделением, ординаторская (кабинет врачей), кабинет старшей медицинской сестры, кабинет сестры-хозяйки, пост (посты) медицинской сестры, палаты для пациентов, процедурные кабинеты, манипуляционные кабинеты, ванны и туалетные комнаты, буфетная и столовая, бельевая для хранения чистого нательного и постельного белья, помещение для хранения предметов уборки, комната отдыха и приема пищи медицинского персонала.

Обязанности палатной медицинской сестры

На палатной медицинской сестре отделения лежат обязанности по организации и осуществлению ухода за пациентами в отделении. В большом терапевтическом отделении может быть несколько сестринских постов, тогда за медицинской сестрой закрепляются определенные палаты.

Палатная медицинская сестра выполняет следующее:

1. Осуществляет уход и наблюдение за пациентами на основе принципов медицинской деонтологии.

2. Своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывает об этом лечащему врачу.

3. Организует своевременное обследование пациентов в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов. Осуществляет транспортировку пациентов.

4. Наблюдает за состоянием пациентов, физиологическими отправлениями, сном. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния пациента. При необходимости оказывает экстренную доврачебную помощь.

5. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии пациентов, записывает назначенное лечение, следит за выполнением назначений.

6. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (кормит, проводит гигиенические мероприятия и т. д.).

7. Принимает и размещает в палате поступивших пациентов, проверяет качество их санитарной обработки.

8. Следит, чтобы пациенты получали пищу согласно назначенной диете. Контролирует передаваемые родственниками продукты для недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.

9. Контролирует выполнение пациентами и их родственниками режима дня отделения. О случаях нарушения режима медицинская сестра докладывает старшей медицинской сестре или дежурному врачу.

10. Руководит работой младшего медицинского персонала и контролирует выполнение ими правил внутреннего трудового распорядка.

11. Один раз в неделю производит взвешивание пациентов, отмечая вес больного в медицинской карте. Всем пациентам измеряет температуру тела 2 раза в день, записывает показатели в температурный лист.

12. По назначению врача осуществляет подсчет частоты пульса, дыхания, измеряет суточное количество мочи, мокроты и т. д., записывает эти данные в медицинскую карту.

13. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной пациентов (уход за кожей, ртом, стрижкой волос и ногтей), за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья.

14. Заботится о своевременном снабжении пациентов всем необходимым для лечения и ухода (получает медикаменты, перевязочные материалы и т. д.).

15. Выдает лекарственные препараты пациентам согласно врачебным назначениям и следит, чтобы выданные препараты были приняты своевременно. В ряде случаев назначенные препараты пациенты принимают в присутствии медицинской сестры.

16. Ведет необходимую медицинскую документацию.

Обязанности младшей медицинской сестры (санитарки)

Младшая медицинская сестра (санитарка) также принимает участие в осуществлении ухода за пациентами. На эту должность принимаются лица без медицинского образования. Обязанностями санитарки являются:

- содержание помещений, инвентаря, оборудования в чистоте и порядке;
- проведение ежедневной влажной уборки в палатах, туалетах и других подсобных помещениях, проветривание, кварцевание палат;
- использование дезинфицирующих средств и моющих растворов для проведения текущей и генеральной уборки;
- оказание помощи медицинской сестре при выполнении манипуляций по уходу за пациентами; обеспечение содержания в чистоте и опрятности пациентов, своевременное перестилание постели, проведение санитарно-гигиенических мероприятий по уходу за пациентами;
- участие в перекладывании и транспортировке пациентов;
- доставка биоматериала для лабораторных исследований в лабораторию, подготовка посуды для забора биоматериала;
- доставка инвентаря, белья, перевязочных материалов, пищи в отделение, удаление отходов и мусора из отделения.

В своей работе младшая медицинская сестра подчиняется сестре-хозяйке, старшей медицинской сестре, постовой медицинской сестре и заведующему отделением.

ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА БОЛЬНИЦЫ

Правила внутреннего распорядка больницы регламентируют пребывание пациентов в больнице и порядок получения медицинской помощи, установленный с целью обеспечения качества и эффективности лечебно-диагностического процесса, комфортного пребывания пациентов а также соблюдения прав пациентов и медицинских работников при оказании медицинской помощи.

В правилах внутреннего распорядка регламентируются права и обязанности пациентов, порядок госпитализации и отказа от нее, оказания платных медицинских услуг, предоставления информации о состоянии здоровья, а также правила выписки из стационара и предоставления документов (лист временной нетрудоспособности, справка, эпикриз). Порядок посещения родственниками пациентов больницы также определен правилами внутреннего распорядка (время посещения не должно нарушать лечебных мероприятий, приема пищи и послеобеденного отдыха, посетители должны оставлять верхнюю одежду в гардеробе, надевать сменную обувь или бахилы, а в хирургических отделениях еще и меди-

цинские халаты). На территории больниц Республики Беларусь курение, как и употребление алкогольных напитков полностью запрещено, за нарушение этого правила пациенты должны быть выписаны досрочно с отметкой «выписан за нарушение режима».

Для пациентов устанавливается примерный распорядок дня:

7.00 — подъем.

7.05–7.30 — измерение температуры, выполнение назначений.

7.30–8.00 — утренний туалет.

8.00–8.30 — получение лекарств, выполнение назначений (анализы).

8.30–9.15 — завтрак.

9.15–11.00 — врачебный обход.

11.00–13.30 — выполнение назначений.

13.30–14.30 — обед.

14.30–15.00 — получение лекарств, выполнение назначений.

15.00–17.00 — послеобеденный отдых.

17.00–18.00 — посещение пациентов родственниками, свободное время.

18.00–19.00 — ужин.

19.00–20.30 — получение лекарств, измерение температуры тела, выполнение назначений, инструктаж для подготовки к проведению назначенных на следующий день обследований.

20.30–21.30 — свободное время.

21.30–22.00 — вечерний туалет.

22.00 — отход ко сну.

При госпитализации пациента знакомят с правилами внутреннего распорядка больницы под роспись, изучить их можно на специальной экспозиции (стенд, настольная папка). При необходимости пациенту может быть выдана краткая памятка.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Уход за пациентами требует от медицинского персонала не только специальных знаний и навыков, но и высоконравственного отношения к страдающему человеку, соблюдения основных принципов медицинской этики и деонтологии. **Медицинская этика** (лат. *ethos* — нрав, обычай) — это часть общей этики, которая рассматривает вопросы морали и нравственности в поведении медицинских работников. **Медицинская деонтология** (греч. *deon* — долг, *logos* — учение) — наука о моральных обязанностях медицинских работников. Медицинская деонтология определяет обязанности медицинского работника (врача, медицинской сестры,

младшей медицинской сестры) по отношению к пациенту в разрезе морального долга и должностных обязанностей.

Медицинскому работнику необходимы не только профессиональные знания и умения, но также нравственные качества — доброта, чуткость, эмпатия, чувство долга, готовность к самопожертвованию, доброжелательность, деликатность, скромность.

Уход за пациентом предполагает, кроме выполнения профессиональных манипуляций, соблюдение определенных правил общения с ним. Необходимо уделять пациенту максимум внимания, вселять в него надежду на выздоровление или облегчения симптомов, разъяснять смысл и порядок выполнения назначений, обосновывать правила режима, приема медикаментов.

В медицинской этике рассматриваются вопросы взаимоотношений:

- медицинский работник — пациент;
- медицинский работник — родственники пациента;
- медицинский работник — медицинский работник.

Этические принципы, применяющиеся в медицине:

1. Этическая модель Гиппократа «не навреди» не потеряла актуальности и в наши дни.

2. «Делай добро» (этическая модель Парацельса наибольшее значение придает благодеянию врача по отношению к пациенту).

3. «Выполняй то, что должен» (деонтологическая модель считает основным принципом соблюдение долга, правил медицинского сообщества и требований государства).

4. «Уважай права и достоинство человека» (пациент имеет право получать информацию о своем здоровье и принимать решение о выборе лечения). Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

5. Принцип «информированного согласия» — согласие пациента, получившего полную информацию о предстоящей процедуре. Все медицинские вмешательства производятся только с согласия пациента, кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение.

Получение информированного согласия происходит в три этапа. На первом этапе пациенту в доступной форме объясняют сущность процедуры, в том числе её цели, возможные осложнения, существующие альтернативные методы лечебных или диагностических вмешательств. На втором этапе пациент оценивает предстоящее вмешательство и принимает решение. На третьем — пациент изъявляет согласие (и, как правило, подписывает лист информированного согласия) либо отказывается от данной процедуры (и подписывает отказ).

6. Принцип «говори правду» утверждает приоритет правды в медицине, даже если это жестокая правда, хотя еще несколько десятилетий назад от пациента скрывали его диагноз, если болезнь была неизлечима.

7. Сохранение «врачебной тайны» означает неразглашение конфиденциальной информации о пациенте. В современных медицинских картах имеется специальная графа, заполняемая при поступлении пациента в стационар. Пациент должен отметить, кому из своих родственников или близких он разрешает предоставлять всю информацию о своем состоянии, заболевании, прогнозе и лечении. Другим лицам медицинские работники не должны разглашать эту информацию, в противном случае произойдет нарушение врачебной тайны. Информацию о состоянии здоровья пациента без его согласия медицинский работник должен передать в случае обнаружения у пациента заразного инфекционного заболевания (для предотвращения эпидемии), по письменному запросу судебных органов и прокуратуры, по запросу других организаций здравоохранения для продолжения лечения пациента.

8. Принцип «сохранение жизни» обозначает главную цель современной медицины — благополучие пациента. Вся практическая деятельность медицинского работника должна быть направлена на профилактику заболеваний, максимально эффективное лечение пациентов, продление их жизни и облегчение страданий.

9. Принцип «справедливость» говорит о равной доступности, справедливом распределении медицинской помощи среди разных слоев общества.

ЯТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ятрогенные заболевания (буквально — болезни, порожденные врачом, греч. *iatros* — врач, *genes* — происхождение) — заболевания, связанные с медицинским воздействием. Более узкое толкование этого термина — психологические расстройства, связанные с неосторожными словами медицинских работников. В настоящее время термин «ятрогения» употребляется более широко и включает в себя также патологические состояния и болезни, обусловленные диагностическими, профилактическими и лечебными вмешательствами.

Современные методы диагностики и лечения существенно улучшили прогноз при многих тяжелых, смертельных в прошлом болезнях. В то же время агрессивная тактика лечения изменила структуру осложнений заболеваний таким образом, что многие опасные, зачастую летальные осложнения являются теперь не результатом естественного хода болезни, а последствием диагностического или лечебного вмешательства. Сто лет

назад у пациента с инфарктом миокарда было столько же шансов выжить, сколько и погибнуть на протяжении нескольких недель. Теперь же смертность от инфаркта миокарда в остром периоде не превышает 10 %. Однако, если пациенту проводят экстренную операцию, которая осложняется инфицированием операционной раны, такое осложнение относится к инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи, и может расцениваться как ятрогенное.

Термин «полипрагмазия», означающий одновременное (нередко необоснованное) назначение нескольких (более трех) лекарственных средств или лечебных процедур, становится привычным в медицинской практике. С увеличением числа назначенных пациенту препаратов закономерно растет риск развития осложнений и побочных реакций, связанных с лечением.

Если при лечении заболеваний побочные эффекты в определенной степени объяснимы, то побочные реакции, особенно тяжелые, при профилактических мероприятиях (например, при вакцинациях), всегда имеют широкий резонанс. Когда у здорового человека в ответ на введение вакцины развивается аллергическая реакция (бронхоспазм, отек Квинке, анафилактический шок), вины медицинского работника в этом может не быть, однако в случае летального исхода действия врачей и медицинских сестер будут очень пристально рассматриваться как административными, так и судебными инстанциями.

По причинам возникновения разделяют ятрогении:

- связанные с лечением (хирургические, лекарственные, инфекционные и т. д.);
- связанные с диагностическими исследованиями (особенно при инвазивных диагностических процедурах — ангиографии, пункциях и т. д.);
- связанные с профилактическими мероприятиями (преимущественно с вакцинациями);
- информационные ятрогении (воздействие медицинского работника; воздействие медицинской информации в печати, телевидении, в сети интернет; обусловленные самолечением);
- ятрогенные псевдоболести (установление ошибочного диагноза);
- прочие ятрогении.

При анализе ятрогенных заболеваний большое значение придается правовой оценке медицинских осложнений. К первой группе ятрогений относятся состояния, которые не зависят от медицинского работника (связанные преимущественно с несовершенством методов диагностики и лечения). Данную группу ятрогенных заболеваний невозможно предсказать (как, например, развитие аллергической реакции при введении лекарственного препарата).

Вторая группа ятрогений обусловлена ошибочным, но непреднамеренным действием медицинского персонала (например, нарушение техники выполнения манипуляций). В этой группе можно выделить медицинскую ошибку (добросовестное заблуждение) и медицинскую халатность (пренебрежение правилами, игнорирование явных противопоказаний для назначения определенного вида лечения).

Третья группа ятрогений — сравнительно редкие случаи умышленного причинения вреда пациенту медицинским работником.

Профилактика ятрогенных заболеваний — комплексная задача, включающая множество направлений. Предотвращение психогенных ятрогений заключается в соблюдении этических принципов общения с пациентом и его родственниками. Ятрогении, связанные с лечебными и диагностическими манипуляциями, намного реже развиваются при строгом соблюдении клинических протоколов. Профилактика инфекционных ятрогений состоит в первую очередь в соблюдении противоэпидемического режима, следовании правилам асептики и антисептики.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Что означает термин «общий уход»:

- а) уход, который осуществляется на общих основаниях в территориальных поликлиниках;
- б) уход, который проводят без применения специальных приспособлений;
- в) уход, который проводят всем пациентам без учета особенностей заболевания;
- г) уход, который проводится на всем организме в целом?

2. При госпитализации пациента в стационар уход осуществляют:

- а) медицинские сестры и младшие медицинские сестры (санитарки);
- б) врачи;
- в) родственники пациента;
- г) все вышеперечисленные лица.

3. Медицинская этика и деонтология изучает вопросы:

- а) взаимоотношений только между врачом и пациентом;
- б) взаимоотношений пациентов между собой;
- в) взаимоотношений медицинских работников и пациентов;
- г) взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами, медицинскими работниками и родственниками пациента, между медицинскими работниками внутри коллектива.

4. Ятрогенные заболевания — это:

- а) заболевания, связанные с медицинским вмешательством;
- б) заболевания, не зависящие от действия медицинских работников;

в) заболевания, возникающие вопреки лечебным и диагностическим процедурам;

г) осложнения основного заболевания.

5. Пациентка с запущенным онкологическим процессом задает вопрос студенту 3-го курса лечебного факультета, проходящему медсестринскую производственную практику: «Скажите, какой у меня диагноз?» Какая модель поведения студента верна:

а) ответить пациентке, прочитав диагноз в медицинской карте;

б) отказаться отвечать, так как не знает ее диагноза;

в) солгать, назвав другой диагноз, с благоприятным прогнозом;

г) отказаться отвечать, так как студенты не имеют права отвечать на подобные вопросы, и посоветовать задать то же вопрос лечащему врачу?

6. Медицинская сестра перепутала флаконы с растворами и ввела беременной пациентке с сахарным диабетом вместо физиологического раствора (0,9%-ный раствор хлорида натрия) раствор гидрокарбоната натрия, что привело к электролитным нарушениям и осложнениям течения родов. Как можно расценить действия медицинской сестры:

а) случайная ошибка;

б) медицинская халатность;

в) непреднамеренная оплошность;

г) простительная погрешность?

7. В ординаторскую пульмонологического отделения по телефону звонит женщина, представляется женой пациента и интересуется его диагнозом, методами лечения и прогнозом. Что следует ответить лечащему врачу на подобные вопросы:

а) может сообщить только информацию о состоянии пациента, все остальные сведения будут предоставлены при личной встрече с родственниками при согласии пациента;

б) должен ответить подробно;

в) может отказаться отвечать, мотивируя нехваткой времени;

г) может ответить кратко, по существу?

8. Что следует делать врачу и медицинской сестре, если из-за тяжести состояния пациент не может подписать информированное согласие на переливание крови, хотя устно согласился, сказав «Делайте что хотите»:

а) воздержаться от переливания до улучшения состояния пациента;

б) произвести переливание без письменного согласия пациента;

в) оформить консилиум, указав причину отсутствия информированного согласия;

г) вызвать из дома родственников, которые могут подписать согласие вместо пациента;

д) поставить подпись вместо пациента?

9. После плановой холецистэктомии у пациента развился перитонит с перфорацией поперечной ободочной кишки, потребовавший повторной операции и удаления части толстого кишечника. Как можно расценить такое ухудшение состояния:

- а) непредсказуемое осложнение;
- б) ятрогенное заболевание;
- в) случайное событие;
- г) медицинская халатность?

10. При прохождении профилактического медицинского осмотра у пациентки выявлено подозрительное (вероятно, злокачественное), объемное образование молочной железы. Что нужно сообщить пациентке:

- а) у нее, вероятно, рак молочной железы, но необходимо дальнейшее обследование;
- б) у нее имеется опухоль, необходимо дальнейшее обследование;
- в) у нее имеется опухоль, скорее всего, доброкачественная;
- г) ничего не сообщать, но направить на дальнейшее обследование?

Ответы: 1 — в; 2 — а, в; 3 — г; 4 — а; 5 — г; 6 — б; 7 — а; 8 — в; 9 — б; 10 — б.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Гребнев, А. Л.* Основы общего ухода за больными : учеб. пособие / А. Л. Гребнев, А. А. Шептулин. Москва : Медицина, 1991. 256 с.
2. *Юпатов, Г. И.* Общий уход за больными (терапия) : учеб. пособие / Г. И. Юпатов, Э. А. Доценко, В. В. Ольшанникова. Витебск : ВГМУ, 2007. 191 с.
3. *Ослопов, В. Н.* Общий уход за больными в терапевтической клинике : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017 г. 464 с.
4. *Ятрогении* в современной клинической практике врача-терапевта / О. В. Зайратьянц [и др.] // Терапевт. 2008. № 10. С. 9–15.
5. *Мурашко, В. В.* Общий уход за больными : учеб. пособие / В. В. Мурашко, Е. Г. Шуганов, А. В. Панченко. Москва : Медицина, 1988. 224 с.
6. *Организация* стационарной медицинской помощи населению. Анализ деятельности стационарных организаций здравоохранения / В. С. Глушанко [и др.]. Витебск : ВГМУ, 2006. 95 с.
7. *О здравоохранении* [Электронный ресурс] : закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г., в ред. закона Респ. Беларусь от 16 июня 2014 г. № 164-З. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.
8. *Об административных* процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявления граждан [Электронный ресурс] : Указ Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 г. № 200 ; с изм. и доп. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.
9. *Об утверждении* Типовых правил внутреннего распорядка для пациентов и признании утратившими силу постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 14 июня 2002 г. № 32 и структурных элементов нормативных правовых актов [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22 декабря 2008 г. № 231 (с изменениями и дополнениями). Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.
10. *Об утверждении* Инструкции о порядке оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь вне их места жительства (места пребывания) и признании утратившим силу постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 10 июня 2002 г. № 29 [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22 декабря 2008 г. № 229. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.
11. *Санитарно-эпидемиологические* требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 28 октября 2013 г. № 107 об утверждении Санитарных норм и правил. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.
12. *О порядке* информирования населения об оказании медицинской помощи в организациях здравоохранения и о порядке направления для получения медицинской помощи [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 02 ноября 2005 г. № 44. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.
13. *Об утверждении* Положения о клинической организации здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 30 марта 2006 г. № 236. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.

14. *О запрещении* отпуска домой больных, находящихся на стационарном лечении [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24 сентября 2004 г. № 217. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.

15. *Об утверждении* Инструкции о порядке осуществления действенного контроля за соблюдением запрета курения в организациях здравоохранения и на прилегающих к ним территориях и Примерного положения о комиссии по контролю за запретом курения в организации здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 01.07.2011 № 710. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.

16. *О запрещении* курения в учреждениях здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 28 декабря 2000 г. № 630-А. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.

17. *Об усилении* мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 29 августа 2005 г. № 477. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.

18. *Об утверждении* правил внешнего и внутреннего содержания организаций здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 21.10.2003 № 165. Режим доступа : [http : // minzdrav.gov.by](http://minzdrav.gov.by). Дата доступа : 21.01.2017.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	4
Определение понятия «уход за пациентами».	
Уход как лечебный фактор	5
История развития сестринского дела	7
Роль врача в организации ухода.....	9
Система здравоохранения Республики Беларусь	10
Структура больничной организации	14
Структура и функции приемного отделения	14
Структура терапевтического отделения	16
Правила внутреннего распорядка больницы	18
Медицинская этика и деонтология	19
Ятрогенные заболевания.....	21
Самоконтроль усвоения темы	23
Список использованной литературы	26

Учебное издание

Бураков Иван Иванович
Доценко Эдуард Анатольевич
Шолкова Мария Владимировна

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР. РЕЖИМ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Э. А. Доценко
Редактор Ю. В. Киселёва
Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 07.09.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,4. Тираж 99 экз. Заказ 632.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.