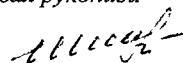


**РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

*На правах рукописи*



**ШПАК ГАЛИНА ИВАНОВНА**

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО  
КАК ОБЪЕКТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

**Специальность 22.00.04 –  
Социальная структура, социальные институты и процессы**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата социологических наук**

**Москва – 2006 г.**

Работа выполнена на кафедре социальной антропологии Российского государственного социального университета.

**Научный руководитель:** доктор социологических наук, профессор  
**Танатова Дина Кабдуллиновна**

**Официальные оппоненты:** доктор философских наук, профессор  
**Мансуров Валерий Андреевич**

кандидат медицинских наук, доцент  
**Палатов Сергей Ювенальевич**

**Ведущая организация:** МГПУ, кафедра социально-гуманитарных наук

Защита диссертации состоится 15 февраля 2006 г. в 14 час. на заседании диссертационного совета Д.212.341.01 по социологическим и философским наукам при Российском государственном социальном университете по адресу. 129226, г. Москва, ул. В.Пика, д. 4, к. 2, зал диссертационного совета.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского государственного социального университета (г. Москва, ул. В.Пика, д. 4, к. 2).

Автореферат разослан 14 января 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат философских наук, доцент



**И.В.Орлова**

**ВВЕДЕНИЕ.**

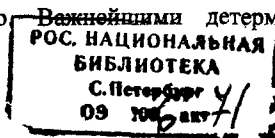
Вступление человечества в XXI век сопровождается обострением ряда проблем, в числе которых одно из первых мест занимает здоровье населения. Катастрофических масштабов достиг уровень сердечно-сосудистых, онкологических, психических, социальных и множества других заболеваний. Российская система здравоохранения в целом страдает также от несбалансированности медицинских кадров, неэффективной подготовки и использования сестринского персонала. Социологические исследования различных российских научных центров подтверждают рост неудовлетворенности качеством оказания медицинской помощи специалистами различного уровня.

Между тем, сегодня в развитых странах понимание здоровья кардинально изменилось. Сформировалась устойчивая потребность справляться с различными состояниями организма человека, которые ограничивают его физическую и интеллектуальную активность, обуславливают состояние психологического дискомфорта, ухудшают самочувствие и качество жизни. При этом с развитием программ социального здравоохранения, включающего иммунизацию, пропаганду рационального питания и здорового образа жизни происходит переориентация традиционной функции медицины излечения на профилактическую. Пропагандируется тезис: не только лечить, но и предупреждать болезнь. Такой подход признается наиболее гуманным и экономичным.

Попытки внедрить в отечественную практику предупреждающую модель, заимствованную из мировой медицинской науки, осуществляются. Однако решение задач такой модели медико-социальной помощи представляется практически невозможным без реального полноценного участия специалистов, имеющих среднее и высшее медицинское образование по специальности «сестринское дело» и составляющих самую многочисленную категорию работников здравоохранения.

Становится все более очевидным, что в условиях социально-экономического и административного реформирования в России стратегия развития сестринского дела должна соответствовать меняющейся парадигме медицины, быть социально приемлемой и при этом гарантировать высокое качество оказания медпомощи населению.

Важнейшими детерминантами,



определяющими на данном этапе российского общества потребность в развитии сестринского дела, выступают не только негативные медико-демографические процессы, ухудшение состояния здоровья населения, хронизация патологии, увеличение стоимости медицинских услуг, но и мощная профилактическая составляющая современной медицины, имеющая не столько узко медицинское, сколько медико-социальное предназначение.

Осмысление новой концепции медико-социальной помощи и роли сестринского персонала в ее реализации требует и совершенно иного научного обоснования происходящих в этой сфере процессов. В новой модели медсестры многоуровневой подготовки выступает в роли менеджера, активно участвующего в рациональной организации лечебно-диагностического процесса, творческой личности, систематизирующей и индивидуализирующей уход за больными, активного члена лечебной бригады, грамотно и самостоятельно оказывающего помощь пациентам с использованием современных технологий сестринского процесса. В этой связи профессия медсестры предстает как кардинально изменяющаяся в общественном сознании и в сознании носителей медицинской профессиональной культуры. Однако этот процесс трансформации носит зачастую противоречивый и замедленный характер, что существенно снижает эффективность проводимых реформ в целом, и обновление сестринского дела, в частности.

Поэтому сегодня наиболее адекватным поставленным организационно-управленческим и административным задачам развития сестринского дела представляется опора на социологический анализ, позволяющий дополнить узко направленные медицинские исследования более широким социальным контекстом и выявить латентные факторы, процессы и явления, тормозящие его развитие. Социологическое исследование сестринского дела в России, исходя из исторического опыта и сложившейся современной ситуации, ориентировано на системный анализ деятельности профессиональной группы медицинских сестер с позиции необходимости реанимации и развития социально-ориентированной помощи и поддержки российских граждан, сокращение тенденций дегуманизации медицины.

В представленном диссертационном исследовании сестринский персонал рассматривается как реальный потенциал, который способен удовлетворить потребности населения в качественной личностно-ориентированной медицинской

помощи. «Медсестра – это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя, чтобы говорить».<sup>1</sup> В этих словах заключена классическая метафора, выразившая миссию, особое призвание медсестры.

Сестринское дело как профессия и социально-трудовой процесс постулируется с позиции восстановления и приумножения гуманистического потенциала медицины в целом.

**Степень научной разработанности проблемы.** Сестринское дело как тема исследования имеет междисциплинарный характер и рассматривается не только в социологии и ее отраслевых направлениях, но и в научном поле медицины, педагогики, психологии и др. В большей степени проблемы медико-социального характера рассматриваются в социологии медицины, развитие которой обязано таким ученым как Мак-Интайр, Е. Blackwell, А. Gotjan, L. Henderson, И.В. Венгрова, Ю.А. Шилинис, А.В. Решетников, Черников В.М. и др.; в психологии и психиатрии – А. К. Ануфриев, Н. Зорин и др.; в педагогике – Г.М. Перфильева, в социологии – З.С. Шангареева, И.Э. Чудинова и др.

Медико-социальные, демографические и антропологические аспекты в контексте социологических концепций социальной политики, социальной стратификации отражены в работах российских исследователей В.И. Жукова., З.Т. Голенковой., В.А. Никитина., Г.И. Осадчей, В.В. Радаева, Д.К. Танатовой, О.А. Уржа, С.С. Фролова, Ф.И. Шаркова, Т.Н. Юдиной и др. В социологии профессий – в исследованиях Мансурова В.А., Лукша О.В. и др.

Значительный вклад внесен учеными, занимающимися историческими аспектами становления сестринского дела. Прежде всего, к ним относятся выдающийся русский ученый XIX века Н.И. Пирогов, посвятивший ряд своих трудов профессии медсестры, Х. фон Опель, описывающий основные вехи развития сестринского дела. Среди современных исследователей нельзя не упомянуть таких исследователей как И.Э. Романюк, В.А. Лапотников, Я.А. Накатис, Т.С. Сорокина, А.Я. Иванюшкин, И.В. Островская, А.В. Пастернак, П.В. Власов и др.

---

<sup>1</sup>Иванюшкин А. Я., Хетагурова А. К. История и этика сестринского дела УП. – М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – С. 166.

Современное сестринское дело неразрывно связано с обучающей и психолого-коррекционной функцией. Этот аспект разрабатывается отечественными учеными Н.В.Мамаевой, Г.М.Злобиной, Л.Ф.Пшеничной, Т.В.Рябчиковой, Е.К.Веселовой, С.И.Дойниковым, Э.М.Аванесьянцем, Д.А.Белухиным, Т.А.Павленком и другими. Проблемы мотивации медицинских сестер как ячейки социальной структуры общества исследованы М.Р.Цуцунава, И.В.Изюмовой.

Осмысление концепции обучения по данной специальности представлены в публикациях А.Аганесовой, В.Соболя, И.С.Бахтиной, Т.В.Орловой, Ф.Н.Кадырова и др.

Ключевые характеристики сестринского дела – милосердие, служение, сострадание, духовность – рассмотрены в контексте биоэтики и этики медсестры такими учеными и практиками как Г.М.Перфильева, А.Я.Иванюшкин, А.К.Хетагурова, А.Н.Бартко, Е.Г.Михаловска-Карлова, Г.П.Котельников, С.И.Дойников, И.В.Силуянова.

Ряд значимых прикладных исследований осуществлен С.С.Балабановым и В.А.Дадыкиным (социологическое исследование профессии медсестры), И.Г.Гловой (социологический портрет среднего медицинского персонала), И.Г.Грековым (отношение медсестер к своей деятельности) и др. Представляется значимым пока мало использованные в исследовании медико-социальной тематики работы таких исследователей как Т.Кун, П.Фейерабенд, К. Поппер, И. Лакатос, Фон Вригт М. Вартофски, Р. Барт, Ф. Соссюр, М. Фуко и др.

В целом сестринское дело и медико-социальная проблематика, как в социологии, так и в других отраслях знания находится в стадии формирования своего исследовательского поля.

**Объект исследования.** Медико-социальная поддержка населения России.

**Предмет исследования:** Сестринское дело как социально-трудовой процесс и особая форма медико-социальной поддержки населения, направленная на гуманизацию социальной политики в Ставрополье.

**Цель диссертационного исследования** заключается в социологическом анализе сестринского дела и определения на его основе основных факторов совершенствования и гуманизации этой деятельности в Ставрополье, удовлетворяющих медико-социальным запросам населения края.

**Задачи исследования:**

1. Представить теоретико-методологические положения социологического анализа сестринского дела;
2. Сформулировать основные тематические направления социологических исследований, направленных на совершенствование и гуманизацию сестринского дела в Ставропольском крае;
3. Определить место и статус среднего медицинского персонала в современной структуре российского общества;
4. Обосновать роль среднего медицинского персонала в социальной политике;
5. Проанализировать и обобщить исторический опыт сестринского дела в России;
6. Выявить основные этапы и современные особенности развития сестринского дела на территории Ставропольского края;
7. Представить результаты социологических исследований, направленных на оценку мнений медсестер о своей профессии и представлений пациентов об их деятельности.

**Теоретическую и методологическую базу** диссертационного исследования составили фундаментальные положения социологии, характеризующие социально-трудовые процессы, социальную структуру общества, профессиональные компетенции, а также позволяющие развивать прикладной уровень сестринского дела в регионе.

**Эмпирическую и информационную базу** исследования составили нормативно-законодательные акты, законы, указы Президента РФ, постановления, распоряжения законодательной власти; положения органов управления Ставропольского края; архивные материалы; справочно-библиографические данные и информационные материалы СМИ; статистические данные Госкомстата РФ; научные работы, статьи в области социологии, здравоохранения и социальной работы; специальные медико-социальные программы; результаты социологических исследований исследовательских центров, организаций, вузов.

Автором в диссертации были использованы результаты исследования, проведенного в медицинских учреждениях г. Ставрополя – руководитель проекта Г.И. Шпак. Исследование выполнено в сентябре-октябре 2005 года. Цель – изучение профессиональных предпочтений сестринского персонала и установки

населения. Опрошено 47 медсестер г. Ставрополя (МУЗ «Городская больница № 2», МУЗ «Городская больница № 3», МУЗ «Городская больница № 4) и 134 пациента (МУЗ «Городская больница № 2», МУЗ «Городская больница № 3», Краевой диагностический центр).

**Научная новизна** результатов диссертационного исследования заключается в следующем:

1. Сформулированы и обоснованы основные тематические направления социологических исследований, направленных на совершенствование и гуманизацию сестринского дела;
2. Определены место и статус среднего медицинского персонала в современной структуре российского общества и на этой основе обоснована роль среднего медицинского персонала в достижении позитивных результатов социальной политики;
3. На основе обширного архивного материала представлен анализ исторического опыта сестринского дела в России и особенности его развития в Ставрополье;
4. Выявлены основные этапы и особенности современного развития сестринского дела на территории Ставропольского края;
5. Представлены сравнительные результаты социологического исследования, характеризующих мнения медсестер о своей профессии и представлений пациентов об их деятельности.

В соответствии с целью и задачами диссертационного исследования **на защиту выносятся следующие основные положения:**

- Сестринское дело как объект социологического анализа характеризуется необходимостью системного представления этого социально-трудового процесса, имеющего принципиальное значение для результативной социальной политики, а также категоризацией основных понятий и терминов, имеющих не только узко медицинскую, но и социальную нагрузку. Социологическая интерпретация личности медицинской сестры включает как профессиональные, так и «человеческие» качества.
- Профессиональная группа медицинских сестер в силу своей многочисленности имеет свои специфические характеристики в структуре российского общества. Социальная дифференциация по уровню доходов представителей сестринского дела определяет их статус как низкий и не способствующий росту личной



заинтересованности в эффективном труде. Наблюдаются факторы нарастания социального недовольства в умеренной форме. Большая часть среднего медицинского персонала, несмотря на низкий статус, остается в профессии, что подтверждает высокий уровень профессиональной ответственности.

- Сестринское дело в России (1919-1989 гг.) имело основательную теоретическую, практическую и организационную базу. Профессиональные качества, компетенции медицинских сестер сформулированы именно в этом историческом отрезке. В основе сестринского дела как социально-трудового процесса были положены христианские идеалы и ценности: милосердие, доброта и забота о ближнем. Сестры ассоциировались в общественном сознании как положительные, героические личности, способные на самоотверженность, титанический безвозмездный труд. В развитии этого направления были существенные недостатки, в частности, отрыв от международных сообществ.

- Ставропольский опыт современного развития сестринского дела характеризуется как позитивными, так и негативными последствиями реформирования здравоохранения в целом. Среди позитивных результатов выделены широкое внедрение научных, в том числе социологических, исследований; внедрение современной медицинской техники; предъявление высоких требований к компетенции и профессиональной пригодности медработников, совершенствование профессионального медицинского образования. Среди негативных – недостаточное использование позитивного исторического опыта развития сестринского дела; недифференцированное обслуживание пациентов; дефицит всех видов ресурсов и ограниченных возможностей мотивации персонала; дегуманизация сестринского дела и неполное соответствие Этическому кодексу медицинских сестер.

- Сравнительный анализ результатов социологического исследования, проведенного автором диссертационной работы в медицинских учреждениях г. Ставрополя, подтвердил гипотетические представления о профессиональных предпочтениях сестринского персонала и мнениях пациентов о его деятельности. В целом большинство ответов населения расположено в положительной части континуума и характеризуются высоким уровнем удовлетворенности. Вместе с тем, представление о роли медсестры и медперсонала и пациентов сводится к набору «технологических» характеристик. Отсутствие или незначительное внимание к личностным качествам обеих групп респондентов подтверждает

размывание гуманистической составляющей профессии, направленной на профилактическую медико-социальную поддержку.

**Теоретическая и практическая значимость** результатов диссертации заключается в возможности использования ее основных положений для развития социологического исследования сестринского дела, характеризующегося системным видением проблемы, социологической категоризацией ключевых понятий и терминов, использованием конкретных социологических методов, методик и техник. Материалы представленной диссертации могут быть использованы в формировании и развитии медико-социальных аспектов краевой социальной политики, а также различными структурами медико-социальной направленности.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Основные положения диссертации обсуждались на всероссийских и региональных конференциях (г. Москва, г. Ставрополь). Концептуальные идеи развития сестринского дела реализуются в деятельности Ставропольской ассоциации медицинских сестер, активным членом которой является автор диссертации. Социологические результаты исследования, проведенного автором диссертации, находят отражение в организации практической работы сестринского персонала.

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, двух глав, шести параграфов, заключения, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована таблицами, диаграммами и рисунками. Общий объем – 185 страниц (в том числе приложений – 15 страниц).

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Во **Введении** обоснована актуальность избранной темы, характеризуется степень ее разработанности, определяются теоретико-методологические принципы исследования и последовательность их решения в ходе изложения диссертации.

**Первая глава «Основные направления исследования сестринского дела в российской науке и практике»** состоит из трех параграфов. Основной акцент сделан на научную и практическую значимость сестринского дела, социологическое осмысление этого направления в современной жизни России, определены границы исследования, интерпретированы основные понятия и категории.

В первом параграфе **«Сестринское дело как социально-трудовой процесс: социологическая проблематизация направления»** анализируются основные исследовательские направления, сложившиеся по отношению к исследуемому направлению. Социологическая проблематизация сестринского дела раскрывается в понятийно-категориальном аппарате, в формулировании потенциальных исследовательских направлений, а также в представлении возможностей оптимального использования социологических методов изучения.

Первое определение сестринского дела дала Флоренс Найтингейл в «Записках об уходе» (1859). Она считала, что сестринское дело – действие по использованию окружающей среды пациента в целях создания содействия его выздоровлению. Называя сестринское дело искусством, она считала, что это искусство требует «организации, практической и научной подготовки».<sup>2</sup>

В здравоохранении большинства развитых стран сама система сестринского обслуживания рассматривается как отдельная самостоятельная область медицинской деятельности. Формулировка основных категорий имеет свою собственную специфику, отличающуюся от других отраслей знания. Подробно рассмотрены генезис и современная интерпретация терминов «сестринское обслуживание», «медицинская сестра», «уход за больными».

Сестринское дело правомерно рассматривать как социально-трудовой процесс, включающий все элементы этой процессуальности. В том числе,

---

<sup>2</sup> См: Возрождение духовности и милосердия в сестринском деле Сборник тезисов научно-практической конференции, посвященной Дню медицинской сестры и 400-летию г. Томска / Под общей ред. В. Т. Волкова. – Томск, ИД «Тандем-Арт», 2004 – С. 312

протяженность во времени и в пространстве, определенную медико-социальную форму трудового действия. Сестринское дело как социально-трудовой процесс, направлен на медицинско-компетентное выявление проблем человека (пациента), связанных с квалифицированной помощью и социальной поддержкой общего состояния здоровья. Результаты сестринского дела как социально-трудового процесса определяются здоровьем пациента, которому оказывается медико-социальная помощь и поддержка. Главный реализатор этого социально-трудового процесса – медицинская сестра.

Социологический анализ сестринского дела связан с понятием *личности* и операционализируется как способность к активному творческому действию, умеющей быстро принимать решения в пределах своей компетенции, обладающей гуманистическим мироощущением. Представлены различные трактовки личности медицинских сестер в зависимости от времени, возраста, научного и практического опыта. Оптимальная модель личности медицинской сестры выстраивается в соответствии с потребностями пациента.

Данные обстоятельства обуславливают необходимость поиска таких стратегий мышления и деятельности, которые способствовали бы установлению и достижению согласия на различных уровнях взаимодействия, основывались на взаимопонимании, моральной ответственности и уважении прав человека. Именно формирование толерантного сознания и поведения представителей сестринского дела может стать надежным фундаментом конструктивного взаимодействия, основой достижения успешных результатов медико-социальной поддержки.

Профессионально приемлемое поведение характеризуется соблюдением нравственных, этических, моральных норм в процессе осуществления сестринской деятельности. Профессиональная толерантность означает устойчивость субъекта к действию стресса, сохранение его социально-психологической адаптивности, способность разрешать деструктивные конфликтные ситуации, отказ от профессионального догматизма, способность субъекта к саморазвитию.

Вывод: лучшие профессиональные качества медсестры – это, прежде всего, общечеловеческие качества. Таким образом, личность в сестринском деле – это совокупность профессиональных и «человеческих» качеств. При этом ни в одной

профессии не наблюдается такой острой необходимости синтеза функциональных и общечеловеческих компонентов.

В целом социологические исследования с социально-медицинской направленностью должны быть ориентированы на решение следующих проблем:

- конфликт между индивидуальностью клинического подхода и стандартизацией (индустриализацией) медицины;
- проблема "дегуманизации" медицины, проистекающая из-за неизбежного проникновения в нее техники и науки как следствия индустриализации медицинского ремесла;
- опасности, которые возникают при внедрении технозированных моделей медицинской поддержки в сообщества, не готовые их воспринять (создание "фабрик здоровья" и возникновение "философий" оправдания рыночно-выгодных практик);
- конфликт антисциентизма и науки (мифы как о всемогуществе медицины, так и о ее бессилии, с верой и больных и врачей в магическое и пр.).

Во втором параграфе «Средний медицинский персонал в структуре современной России» показываются изменения отношений собственности и власти, перестройка механизмов социальной стратификации и др. В социальной стратификации российского общества здравоохранение и его представители составляют значимое место, как в количественном, так и в качественном аспектах. По данным Министерства здравоохранения и социального развития России в стране работают 609 тыс. врачей и 1 млн. 378 тыс. специалистов со средним медицинским образованием (на начало 2004 г.).

Анализ социально-демографического потенциала показал, что сестринское дело – эта сфера женщин, мужчины составляют лишь около 10% . Гендерный аспект существенно влияет на производственную деятельность медсестер. Она находится в постоянном противоречии между своими социальными ролями. С одной стороны – работа, требующая постоянного присутствия и профессионального совершенствования, а с другой – домашняя работа, воспитание детей, отношения с мужем и домочадцами.

На трудовую деятельность медсестер оказывает влияние их семейное положение. Вопросы профессиональной карьеры, переподготовки, продолжительности работы, времени предоставления отпусков, и многие другие

неразрывно связаны с выполнением ими функций матери, жены, воспитателя своих детей.

Поздняя ускоренная модернизация специфическим образом влияет на представление о женских ролях в обществе, где наряду с модернизационными (эгалитаристскими) широкое распространение получают неоконсервативные представления о роль и месте женщин. В этой ситуации четко просматривается один сугубо положительный фактор. Как свидетельствует статистика, подавляющее большинство безработных – женщины. При этом безработные женщины начинают осознавать свою половую принадлежность как недостаток, который не позволяет им быть конкурентоспособными на рынке труда. В этом плане, профессиональной деятельности среднего медицинского персонала не угрожает безработица и потеря гендерной идентичности.

Спектр профессиональных и жизненных планов исследуемой группы во многом опосредован возрастом. Профессиональная устойчивость, определяемая эмоционально-окрашенными терминами типа «верность профессии», характеризует старшую возрастную категорию после 40 лет, которая не намерена менять профессию, специальность и искать лучшей доли (90%). В других возрастных группах потенциальная стабильность также велика и составляет около 70%.

Существующее мнение о низкооплачиваемой профессии медицинского персонала подтверждается официальными данными. По данным социологических исследований каждая третья медсестра использует возможности дополнительного заработка за счет своих знаний, умений и навыков по специальности, а 5% из них «борются» за повышение своего благосостояния иными средствами и способами, не оказывая медицинских услуг.<sup>3</sup>

Низкий статус и трудное материальное положение не позволяют медперсоналу найти достойное место в рыночной экономике, приспособиться к новым экономическим условиям. Это вызывает нарастание социального недовольства в умеренной форме. Вместе с тем, несмотря на преобладающее количество негативных показателей деятельности специалистов сестринского дела, они по-прежнему остаются в профессии, что еще раз подтверждает высокий уровень профессиональной ответственности, обладание особыми личностными

---

<sup>3</sup> Медицинская сестра. – 2000. – №4. – С. 19.

качествами, отсутствие или сведенное до нуля фактора «случайности» в сестринском деле.

**В третьем параграфе «Роль среднего медицинского персонала в реализации социальной политики государства»** подчеркивается, что государство играет ведущую роль в вопросах деятельности системы здравоохранения, выступая одновременно, как собственник, работодатель и регулятор системы.

Гуманистический смысл социальной политики государства в сфере здравоохранения заключается в том, что пациент и его права являются высшей ценностью. Ухудшение состояния здоровья в нашей стране связано со сложной экономической ситуацией, значительным уменьшением средств, выделяемых органам здравоохранения, низкой эффективностью медицинских технологий и нерациональной структурой системы оказания медицинской помощи.

Европейское региональное бюро Всемирной охраны здоровья (ВОЗ) в своей оценке глобальной стратегии "Здоровье для всех к 2000 году" констатировало, что общее состояние здоровья жителей бывших социалистических стран хуже, чем у населения остальной части европейского региона. Причинами такой картины являются распространенность факторов риска, отсутствие эффективной профилактики болезней и низкое качество первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). ВОЗ рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех.

В последние десятилетия для реализации ПМСП к работе в поликлиниках, кроме участковых терапевтов, были привлечены хирурги, офтальмологи, неврологи, пульмонологи, эндокринологи и многие другие специалисты. Складывалось впечатление, что оказание ПМСП в стране организационно достигло такого уровня, о котором можно только мечтать, путь больного к "узкому" специалисту максимально укорочен. Однако на практике все оказалось сложнее.

Возможность и легкость направления или самостоятельного обращения пациента к специалистам нарушили основной принцип функционирования первичной медицинской помощи — непрерывность наблюдения. Прямая зависимость участкового врача от рекомендаций специалистов освободила его от необходимости иметь самостоятельное представление о патологии у пациента,

видеть ее связь с общим состоянием организма, различными особенностями больного и обстоятельствами его жизни. Участковый врач отошел от исполнения своих прямых должностных обязанностей, сохранив за собой лишь функцию участкового терапевта и превратился в регистратора мнений различных специалистов. Принцип коллективной ответственности привел к персональной безответственности. Следствием создавшейся ситуации стали резко возросшее число различных исследований и направлений на госпитализацию, рост нагрузки у специалистов, повышение стоимости медицинской помощи, что, в конечном счете, уменьшило эффективность работы первичного звена здравоохранения, значительно снизило престиж и авторитет участкового терапевта в глазах населения и медицинской общественности.

Традиционно сложившееся в России представление о медсестре как о помощнике врача, выполняющем различные вспомогательные функции, привело к появлению многих проблем, существующих в нашем здравоохранении и сегодня. В то время как при соответствующей подготовке сестринский персонал, работая с населением, может активно влиять на формирование у него здорового образа жизни, укрепление индивидуального и общественного здоровья.

Особая роль отводится семейной медицине как особому направлению, в рамках которой врач и медсестра обеспечивают первичную, непрерывную и всестороннюю медицинскую помощь не только пациенту, но и членам его семьи. Семейные врач и медсестра видят такие изменения в состоянии здоровья своих пациентов, на которые другие специалисты, как правило, могут не обратить внимания.

**Во второй главе диссертации «Социологический анализ генезиса и развития сестринского дела в России (на примере Ставрополья),** раскрывается история сестринского дела в стране в целом, и в Ставрополье в частности. Анализируются современные проблемы организации этого направления, подтверждаемые результатами социологического исследования, проведенного под руководством автора.

**В первом параграфе главы «История становления сестринского дела в России и в Ставрополье»** представлен социологический анализ генезиса и развития сестринского дела в российском обществе, направленный на концентрацию позитивного опыта этого направления и максимального его



использования для совершенствования деятельности медицинских сестер на современном этапе.

Сестринское дело в России прошло огромный путь своего становления и развития. Впервые женский труд для ухода за больными в госпиталях и лазаретах был использован при Петре I. По его указу в 1715 г. были созданы воспитательные дома. В гражданских больницах женский труд начали использовать в середине XVIII в. Началом сестринского дела в России можно считать появление службы «сердобольных вдов» в 1803 г. В 1814 году по распоряжению императрицы Марии Федоровны из петербургского «Вдовьего дома» были приглашены и направлены в больницу женщины для прямого назначения – ходить и смотреть за больными, наблюдать за порядком раздачи и приема пищи и лекарственных препаратов, за чистотой и опрятностью больных, их постели и белья.

В 1818 г. в Москве был создан Институт сердобольных вдов, а при больницах стали организовывать специальные курсы сиделок. С этого времени в России начинается специальная подготовка медицинского персонала. В течение 32 лет благотворительную организацию, созданную императрицей Марией Федоровной, которая включала в себя воспитательные дома, женские приюты и госпитали, возглавляла Александра Федоровна. По ее инициативе 15 августа 1842 г. был утвержден устав Санкт-Петербургского Вдовьего дома, который регламентировал деятельность сердобольных вдов и был рекомендован для использования во всех аналогичных учреждениях Российской империи.

В 1844 г. по инициативе великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской было открыто «сострадательное заведение» в Санкт-Петербурге – первое Свято-Троицкое общество сестер милосердия России. В 1847 г. первые десять женщин, специально обученные, получили звание сестер милосердия. Вдовы и женщины от 20 до 40 лет могли быть приняты в ряды этого общества. Сестры милосердия ухаживали за пациентами у них дома и в больницах, помогали врачам во время визитов.

К более широкому привлечению женского ухода за больными в России обратились во время Крымской войны (1854-1856 гг.). Движение сестер милосердия нашло живой отклик и поддержку русских людей. Милосердие к воину как общественное движение родилось именно в период Крымской войны, когда две выдающиеся женщины противоборствующих стран – англичанка

Флоренс Найтингейл и великая княгиня Елена Павловна самоотверженно помогали раненым независимо от того, за кого войны воевали.

Период между Крымской и Русско-турецкой войнами ознаменовался появлением Общества Красного Креста (9 февраля 1863), переименованного впоследствии в Российское Общество Красного Креста (РОКК). С этого момента сестринское дело развивалось в России под знаком этой организации.

Анализ исторического опыта первых общин сестер милосердия показывает, что неизменными качествами сестер были строгая нравственность, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплинированность и беспрекословное подчинение начальству. Сестры милосердия сыграли важную роль в уходе за ранеными и больными в годы первой мировой войны. К 1917 году больницы Красного Креста обслуживали 2500 докторов и 20000 медсестер, которые имели достаточный уровень подготовки для оказания медицинской помощи.

На Ставрополье зарождением медицинской службы считают конец XVIII в. Медицинское обслуживание появилось, прежде всего, в войсках, в состав которых входили военные медики. Строилась сеть госпиталей, однако Кавказская врачебная управа, не имела возможности охватить медицинской помощью всю территорию. Кроме того, гражданское население в принципе пока не было готово к обращению к квалифицированному персоналу и, как правило, пользовалось лишь народными средствами.

Население, подстрекаемое знахарями, настороженно относилось к медицинским работникам, и чаще всего пользовались любыми средствами, стараясь не обращаться к медикам, редко соглашались даже на прививание оспы детям, несмотря на страх перед силой этой болезни.

Распространение заболеваний, борьба с ними побудили ставропольского гражданского губернатора обратиться к командующему войсками Кавказской линии и Черномории с просьбой подготовить сельских фельдшеров на базе Ставропольского военного госпиталя из числа казенных крестьян, желательно грамотных мальчиков 10-12 лет. В 1847 г. этот проект был реализован. В нем были намечены структура медицинской службы, обязанности и права медицинского персонала.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> См: ГАСК. Ф 68. Оп. 1. Д. 927 Л. 1-8об.

Целью этого проекта было охранение здоровья населения в казенных селениях Ставропольской губернии. В нем предусматривался штат медицинских работников: один губернский врач ведомства государственных имуществ, два окружных врача. Все врачи утверждались наместником на Кавказе и должны иметь диплом «на медицинскую степень», фельдшера назначались палатой государственных имуществ и получивших «одобрительную аттестацию». Все фельдшера освобождались от податей и повинностей и имели ряд льгот.

Вся история среднего медицинского образования в России представлена процессом перманентных преобразований, наполненным интереснейшими событиями и фактами.

Анализ исторического опыта сестринской помощи, позволяет сделать вывод о том, именно России принадлежит приоритет в формировании представления о сестринском деле как особой форме медицинской деятельности, требующей специальной теоретической и практической подготовки.

**Во втором параграфе «Сестринское дело в Ставрополье: современное состояние и перспективы»** раскрываются результаты реформ в сфере здравоохранения в регионе.

К реформированию сестринского дела и образования приступили в современной России в 1991 г., когда стало очевидным, что без реанимационных мероприятий профессия медицинской сестры обречена на вымирание. Изменение стратегии развития отрасли в конце XX века, в связи с социально-экономическими переменами в обществе, затронули принципы оказания медицинской помощи населению, и как следствие, кадровый потенциал.

Проведение реформы в области здравоохранения потребовало соответствующих изменений в организации производства медицинских услуг, прежде всего, направленных на улучшение конечных результатов деятельности медицинских работников и повышение механизмов управления в системе здравоохранения.

Реформирование тем или иным образом коснулось среднего медицинского персонала. Сестринская деятельность все в большей степени начинает рассматриваться как один из наиболее экономичных ресурсов по предоставлению услуг в области здравоохранения и, в частности, в таких его сферах, как общественное здравоохранение и система первичной медико-санитарной помощи.

В настоящее время развитие системы сестринского обслуживания становится важной частью процесса повышения экономичности систем здравоохранения в большинстве стран мира. В то же время во многих регионах страны существуют большие сложности с обеспечением лечебных учреждений квалифицированным сестринским персоналом.

Сравнивая низкие показатели обеспеченности кадрами среднего медицинского персонала в лечебных учреждениях Ставропольского края, автор предполагает, что они традиционно вызваны низкой оплатой труда, плохими условиями работы, отсутствием возможностей для профессионального роста и низким социальным статусом медицинских сестер.

В последнее десятилетие время Минздравом России (прежнее название ведомства) были определены организационные мероприятия по совершенствованию сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения. Так в Ставропольском крае была разработана и принята отраслевая программа. Она ставит целью формирование условий для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медико-санитарной и медико-социальной помощи населению Ставропольского края, связанные со всеми аспектами сестринского дела. Предусматривается комплекс мероприятий, выполняемых с использованием межрегионального и международного опыта развития и совершенствования сестринского дела; комплекс мер по совершенствованию системы профессионального образования; разработку и заключение соглашения о сотрудничестве между Минздравом России и Межрегиональной ассоциацией медицинских сестер России, сотрудничество с международными ассоциациями и профессиональными объединениями в области сестринского дела.

В Ставропольском крае успешно функционирует многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела в медицинских образовательных учреждениях. Получила дальнейшее развитие номенклатура специальностей и должностей работников системы здравоохранения. Совершенствуется работа по созданию профессиональных стандартов специалистов сестринского дела. Интенсифицирована деятельность по внедрению новых организационных форм и технологий сестринской деятельности. Определенные сдвиги наметились и в области социальной защиты и охраны труда работников отрасли. Уделяется внимание вопросам совершенствования механизмов контроля качества и

подготовки специалиста на всех этапах его профессионального образования, в том числе промежуточная и итоговая аттестация студентов и выпускников, сертификация специалистов, аттестация на присвоение квалификационной категории.

Наряду с положительными тенденциями в развитии сестринского дела в Ставропольском крае имеется и ряд нерешенных проблем. В частности, остается напряженной проблема обеспеченности средним медицинским персоналом учреждений здравоохранения, расположенных в отдаленных районах и сельской местности Ставропольского края.

В связи с высокими требованиями к компетенции и профессиональной пригодности работников со средним медицинским образованием, возникла настоятельная необходимость совершенствования всех форм последиplomного образования.

Не получило должного уровня развитие научных исследований в области сестринского дела и использования их результатов в практическом здравоохранении. Недооценка научных принципов и подходов в управлении и организации деятельности персонала, как показывает практика, тормозит процессы модернизации сестринской помощи.

В ряду нерешенных проблем рассматривается недостаточное нормативно-правовое обеспечение, несовершенство системы управления деятельностью сестринского персонала, малоэффективное использование сестринских кадров в практическом здравоохранении, выполнение ими несвойственных функций младшего медицинского персонала. По-прежнему острой остается проблема трудоустройства выпускников факультетов высшего сестринского образования, отсутствие соответствующих должностей для них в учреждениях здравоохранения.

По мнению диссертанта еще не сформирована среда для деятельности медицинских сестер новой формации. Руководители лечебно-профилактических учреждений не в полной мере используют потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции.

Сестринское дело пока еще не позиционируется с социальным институтом, а остается второстепенной частью здравоохранения, технической деталью, лишенной самостоятельности.

**В третьем параграфе «Профессиональные предпочтения представителей сестринского дела и установки населения (по результатам социологического исследования)»** доказывается, что источник процесса или явления, связанного с деятельностью людей, кроется в отношении последних к своей деятельности. Для доказательства используется диспозиционная концепция личности, разработанная отечественными учеными во главе с В.А. Яловым, которая не утратила своей актуальности и сегодня, и представляет собой серьезное методологическое социологическое обоснование человеческого поведения.

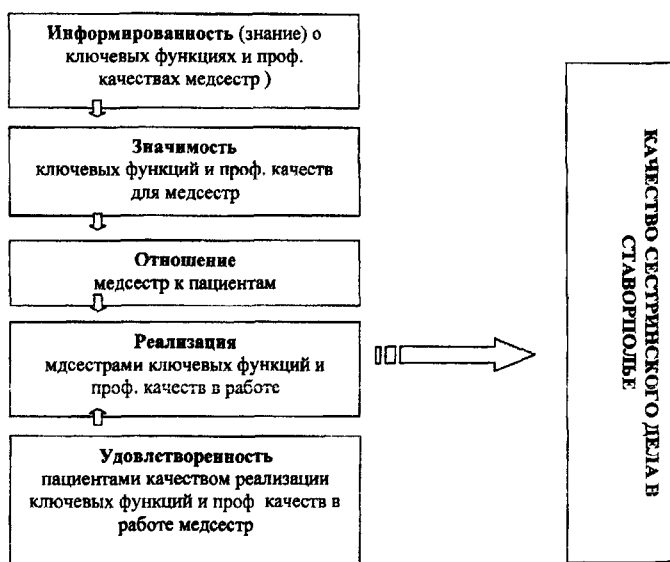
Уделяя особое внимание источникам профессионального поведения представителей сестринского дела, автор констатирует, что оно зависит от их диспозиционной структуры, выраженной потребностями, мотивацией и установками на определенную программу действий. В операциональном плане основное внимание заострено на такой составляющей диспозиционной структуры как профессиональные предпочтения работников. Профессиональные предпочтения – это сложная социологическая категория, имеющая несколько составляющих и подвергающихся в дальнейшем непосредственному измерению.

Во-первых, «базовый» уровень профессиональных предпочтений в соответствии с концепцией диспозиции, связывается с таким состоянием профессиональной группы как информированность (знание) о наиболее важных критериях деятельности медсестры. Во-вторых, «средний» уровень профессиональных предпочтений характеризуется как конкретные модели поведения, сформированные с учетом информированности о том, каким должен быть специалист (или, наоборот, его незнанием).

В-третьих, «высшим» уровнем профессиональных предпочтений как эмпирического индикатора было выделено качество, результат деятельности медсестры. Результативность как самостоятельная категория, в свою очередь, также является интегративным понятием, включающим объективные количественные показатели (в том числе нормативные) и субъективные (удовлетворенность его различными сторонами потребителя).

Важным аспектом социологического анализа сестринского дела выступают ожидания самих пациентов, он раскрывает проблему «обратной связи». Структурно-логическая схема эмпирического анализа сестринского дела выглядит следующим образом:

Рис 1. Структурно-логическая схема социологического эмпирического анализа сестринского дела



Опрос проводился в лечебных заведениях г. Ставрополя. Объектом исследования выступил сестринский персонал и пациенты. Выборка представлена сестринским персоналом лечебных стационарных учреждений г. Ставрополя (Горбольница № 2, МУЗ Горбольница № 3, МУЗ Горбольница № 4) в количестве 47 человек, и 136 пациентами. По половозрастному признаку в опросе приняло участие 46 медсестер и 1 медбрат, а также 94 пациентки (69,1%) и 42 пациента (30,9%).

Из числа опрошенных медицинских сестер больше половины отметили, что современная медсестра должна обладать такими качествами как милосердие (59,6%) и ответственность, обязательность (53,2%). В числе важных характеристик также большинством были указаны профессиональный опыт (46,8%), аккуратность (46,8%) и трудолюбие (36,2%).

Распределение ответов по возрастным характеристикам не показало значительных расхождений в зависимости от возраста. В равной мере все возрастные категории опрошенных медсестер показали значимость профессионального опыта, милосердия и ответственности. Такое качество как

«трудолюбие» отмечено в большей степени в группе от 21 до 30 лет (69,2%), а «чуткость» - в группе до 21 года (42,8%).

В зависимости от уровня образования меняется взгляд на то, какой должна быть медсестра. Распределение ответов на вопрос о важных качествах в зависимости от квалификации респондентов показало не существенные отличия. Так в квалификационной группе первой категории большинством – 56,7% - было отдано предпочтение трудолюбию, в группе второй квалификационной категории 80% отметило значимость милосердия, а группе высшей квалификации 68,9% опрошенных отметили ответственность.

Структура предпочтений в большей степени основана на «технологических» характеристиках, хотя лидирующее место занимает ключевое для сестринского дела качество – милосердие. Это свидетельствует о том, что медперсоналом осознается особенность их профессии и приоритеты. Распределение предпочтений по возрастным и квалификационным группам не имело существенных расхождений, что свидетельствует о равной значимости выявленных качеств для работников разного возраста и квалификации.

Опрос пациентов показал значительное сходство в оценках социально одобряемых качеств современной медсестры. Более половины опрошенных заявили, что важными качествами они считают профессиональный опыт (60,3%), ответственность и обязательность (55,1%), аккуратность (51,5%), объем знаний (50%). Как видно, образ сестринского дела в сознании пациентов также формируется за счет, прежде всего «технологических» качеств. Чуть меньше половины респондентов отметили важность милосердия (47,8%), доброжелательности (44,9%), чуткости (36,6%).

Анализ самооценки личных качеств медработников показал, что они находят желательные и социально одобряемые качества в себе. Так, например, больше половины считает, что они проявляют милосердие (53,2%), аккуратны (51,1%), чуть меньше половины – ответственны, обязательны (48,9%) и трудолюбивы (44,7%). 34% опрошенных медработников признали, что обладают профессиональным опытом, а 31,9% отметили, что они доброжелательны. Только примерно пятая часть отметила у себя наличие «гуманных» сестринских качеств (сопереживание, служение делу, великодушие, чуткость). Такое качество как рационализм не отмечается ни в идеальном представлении сестры милосердия, ни как личностная характеристика респондента.



Распределение ответов медсестер в зависимости от возраста показывает, что в возрастной группе до 20 лет повышена степень ответственности (71,4%), в группе от 21 до 30 61,5% своим основным качеством считает трудолюбие, в группе более зрелых медсестер в возрасте от 31 до 40 лет большинство указывает на имеющееся у них милосердие (66,7%), а в группе от 41 до 50 лет в равной степени представительницы сестринского дела обнаружили у себя и аккуратность, и милосердие, и трудолюбие, и ответственность (по 60%). Предположительно, с возрастом либо совершенствуются личностные качества, либо повышается самооценка.

Наибольшее расхождение в оценке желаемого обнаруживается в оценке таких качеств как доброжелательность, чуткость, объем знаний, профессиональный опыт. Так, объем знаний, доброжелательность, профессиональный опыт и чуткость наиболее важны для пациентов, но менее – для медработников, а трудолюбие, наоборот, более важным является для медсестер. Таким образом, ожидания пациентов от медперсонала формируются в большей мере вокруг «гуманных» качеств.

В целом медперсонал и пациенты отмечают качества, относящиеся к «технологическим» характеристикам сестринского дела (знания, опыт, обязательность, аккуратность), и в меньшей степени – «гуманные» стороны (доброжелательность, милосердие, чуткость). Доминирование «технологической» составляющей сестринского дела можно отнести за счет консервативности восприятия роли медсестры, которое остается еще на уровне вспомогательного персонала, и ассоциируется с механизмом, для которого важным является прежде всего качество исполнения узких функций.

Ожидания пациентов и предпочтения медработников, как показывают эмпирические данные, не совсем совпадают. Если у медперсонала их видение функциональных обязанностей довольно узко и касается лишь в основном лечебных процедур (это видно и из области функциональных обязанностей на диаграмме), то у пациентов ожидания распространяются и на выполнения ими воспитательных, обучающих и социально-психологических функций. Пациентами востребованы уход и медпомощь, что оказалось незначимым для медперсонала; осуществление лечебных процедур; успокоение и утепление; обучение самоуходу.

Таким образом, эти составляющие сестринского дела можно рассматривать как желаемые пациентами, но обладающие низкой значимостью в установках самих медсестер. Такое положение, указывающее на расхождение в установках профессионалов и ожиданиях населения, может являться фактором, тормозящим развитие сестринского дела в регионе.

В целом эмпирический анализ отдельных аспектов состояния сестринского дела в Ставрополье показал высокий уровень позитивного отношения медперсонала к своему делу и пациентам, и пациентов к деятельности медперсонала. Это состояние можно отнести к региональной специфике, т.к. в целом по России (по имеющимся социологическим данным) уровень неудовлетворенности населения оказываемым медицинскими услугами достаточно высок, а отношение медперсонала к своему делу в целом далек от гуманизма.

Однако, несмотря на столь высокие положительные показатели, представление о роли медсестры у медперсонала и пациентов сводится в большей степени к набору «технологических» характеристик. Это обусловлено, на наш взгляд, с одной стороны, доминирующим в массовом сознании образом медсестры как помощницы врача, с другой – неправомерной акцентуацией и преувеличением значимости ее непосредственных повседневных обязанностей, при которой «размывается» сама идеология гуманизма.

Свидетельством того, что такой образ обладает устойчивостью, является то, что он доминирует, как показал опрос, во всех возрастных и квалификационных группах. Высокая оценка пациентами деятельности медсестер может, тем не менее, свидетельствовать об интуитивном понимании работниками сущности сестринского дела и стремлении реализовать ее на практике.

В **Заключении** подведены итоги диссертационного исследования, изложены основные выводы и намечены перспективы дальнейшего изучения проблемы.

Основное содержание диссертационного исследования изложено в следующих публикациях автора:

1. Шпак Г.И. Сестринское дело в Ставрополье: историко-социологический анализ проблемы // Социальная жизнь России: теории и практики: Материалы XII социологических чтений РГСУ. – М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2005. (0,5 п.л.).

2. Шпак Г.И. Сестринское дело в Ставрополье: современное состояние и перспективы // Социальная модернизация России: итоги, уроки, перспективы: Материалы V Международного социального конгресса. – М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2005. – Т.1. (0,5 п.л.).

3. Шпак Г.И. Ключевая роль среднего медицинского персонала в оказании медико-социальной помощи людям пожилого возраста в Ставропольском краевом геронтологическом центре // Актуальные проблемы социогуманитарного знания: Сборник научных трудов. Выпуск XV. – М.: «Век книги – 3», 2006. (0,7 п.л.).







КОПИ-ЦЕНТР св. 7· 07; 10429    Тираж    100 экз.  
Тел. 185-79-54  
г. Москва, ул. Енисейская д. 36

2006A

1756

# - 1756