

и учета действия сыворотки. К этому вопросу следует привлечь широкую общественность. Санпросветительная работа и печать могут оказать большую пользу для привлечения доноров и заготовки сыворотки.

Органы здравоохранения и страховая компания должны оказать материальную поддержку станции, учитывая всю важность организации ее, да, кроме того, станция вполне оправдывает себя.

Всем врачам, особенно детских учреждений, дружно сплотиться вокруг общего дела и уберечь сотни детских жизней.

Из Научно-консультативного бюро Ленинградского Облпотребсоюза Медсан-труда.—Консультант проф. Б. Б. Койранский.

Бюджет рабочего времени некоторых групп больничного медперсонала.

М. М. Либермана (Ленинград).

Проблема рационализации человеческого труда в целях достижения наивысшей его эффективности, приобретающая исключительно важное значение на данном этапе социалистического строительства, должна получить свое распространение также и в области медицинского труда. В период, когда мы вступаем в период социализма, когда в стране завершается подведение фундамента под здание социалистической экономики, требования, предъявляемые к производительности труда каждого участника социалистической стройки—повышаются. В этих условиях на органы здравоохранения ложится первостепенной важности обязательство—обеспечить взятые страной темпы социалистического строительства необходимой рабочей силой путем поддержания на нормальном уровне здоровья промышленного и колхозного населения—во первых, и скорейшего возращения в строй выбывающих из него по временной нетрудоспособности—во вторых. Это именно обстоятельство, наряду с дающим себя уже сейчас довольно остро чувствовать недостатком в медицинских работниках, выдвигает в качестве насущной необходимости задачу наиболее рационального использования труда наличных медицинских кадров. Этим более своевременно, что уже в настоящее время многие лечебные и лечебно-профилактические учреждения по своим размерам и типу организации приближаются к фабрично-заводским предприятиям и даже их комбинатам, имея в своем штате свыше тысячи служащих, обслуживаю по несколько тысяч стационарных коек и имея годовую пропускную способность во много десятков тысяч человек. Однако, само собой разумеется, что если это обстоятельство, с одной стороны, позволяет в практику лечебно-профилактических учреждений внедрить некоторые общие принципы организации труда, применяемые в промышленных предприятиях, то, с другой стороны, мы встречаемся здесь со многими специфическими особенностями в содержании и построении работы, требующими самостоятельного подхода и применения иных критериев для оценки целесообразности различных рационализаторских мероприятий в области медицинского труда. Нельзя упустить здесь из виду тех особенностей, кото-

рые происходят из своеобразия отношений субъекта и объекта труда, поскольку этим „объектом“, подлежащим „обработке“, являются живые люди. Рационализаторские мероприятия должны привести к созданию таких форм организации медицинского труда, которые при наибольшей экономии рабочей силы служебного персонала, одновременно обеспечат по линии медицинского обслуживания наилучшие условия для сохранения здоровья и работоспособности населения или—в иных случаях, соответственно—для скорейшего их восстановления. Нужно заметить, что реально в этом отношении сделано до настоящего времени еще очень и очень немного.

Выработка рационализаторских мероприятий в значительной своей части должна быть основана на предварительном качественном и количественном учете выполняемой работы. Ввиду этого Научно-консультативное бюро провело, пользуясь методом хронометражка, исследование бюджета рабочего времени некоторых групп младшего и среднего больничного медперсонала. Наблюдение проводилось в терапевтических отделениях трех Ленинградских больниц: им. Мечникова, в память 25-го Октября и им. Перовской. В каждой из этих трех больниц распределение обязанностей между соответствующими группами персонала проводится по различным схемам, а в своей совокупности они исчерпывают в основном практикуемые в Ленинграде формы разделения труда. В больнице им. Мечникова вся типовая работа по обслуживанию больных распределяется между тремя группами работников: сестер, санитарок и уборщиц; эта схема—наиболее распространенная—принята нами за основную и, потому, освещена в статье наиболее подробно. В больнице в память 25-го Октября функции, выполняемые обычно сестрами и санитарками, объединяются целиком в руках сестер, наряду с ними имеются в штате уборщицы (так называемая „сестринская“ система обслуживания). В больнице им. Перовской, наоборот, в едином лице санитарок сливаются обязанности санитарок и уборщиц.

В период обследования наблюдавшие лица имели следующую нагрузку: 1) В больнице им. Мечникова как на сестру, так и на санитарку в дневное дежурство приходилось 33 больных, в ночное—66 больных; кроме того, в дневное время работают на отделении (в 66 коек) одна так называемая „ответственная“ сестра по медицинской части, одна сестра-хозяйка и буфетчица; уборщицы работают только днем с нагрузкой в среднем в 22 койки на человека. 2) В больнице в память 25-го Октября на сестру в дневное дежурство приходилось в среднем 17 больных, в ночное—34 больных; кроме того, в дневное время работают на отделении (в 68 коек) одна старшая сестра (по медицинской части) и помощница старшей сестры (по хозяйственной части); уборщицы работают только днем с нагрузкой в 34 койки. 3) В больнице им. Перовской на отделении с 51 койкой работают днем две сестры и две санитарки, ночью—1—2 сестры и 2 санитарки.

Обследование проводилось по пяти группам, охватывающим в своей совокупности все имеющееся своеобразие комбинаций по распределению обязанностей: были обследованы все три группы б-цы им. Мечникова, сестры б-цы в память 25-го Октября и санитарки б-цы им. Перовской. В каждой из групп наблюдению было подвергнуто выборочно по три человека, всего 15 человек. Каждое из наблюдавших лиц обследо-

валось в течение шести дней по каждому из практикуемых на отделении видов дежурств (утреннее, вечернее, дневное, ночное, поддежурство и др.). Общее количество обследованных человеко-часов превышает 2500. Обследование проводилось специальным штатом хронометражистов по способу непрерывного сопроводительного хронометражка с точностью замеров до 0,5 минуты.

II.

Использованный при хронометрировании метод непрерывной сопроводительной регистрации трудового поведения наблюдаемых лиц дает возможность планомерно и с исчерпывающей полнотой проследить и выявить все содержание работы. В целях систематизации материала мы все зарегистрированные виды работы по их содержанию распределили по шести крупным разделам: I. Специального обслуживания больных. II. Общее обслуживание больных. III. Обслуживание инвентаря. IV. Обслуживание помещения. V. Не— работа. VI. Прочее. Вот полный перечень выполненных операций.

ПЕРЕЧЕНЬ ОПЕРАЦИЙ.

I. Специальное обслуживание больных.

1. Раздача лекарств:

- 1) разливание лекарств в мензурки (1);
- 2) раскладывание порошков (2);
- 3) приготовление облаток (3);
- 4) раскладывание мазей в банки (4);
- 5) раздача лекарств больным (5).

2. Измерение температуры.

- 1) приготовление термометров (6);
- 2) раздача термометров (7);
- 3) запись температуры (8);
- 4) черчение кривой (9).

3. Впрыскивания:

- 1) приготовление шприца (10);
- 2) впрыскивание (11);
- 3) уборка щприца (12).

4. Наложение компрессов и повязок:

- 1) приготовление материала (13);
- 2) наложение и снятие компрессов (14);

5. Наложение банок и горчичников:

- 1) приготовление банок и горчичников (15);
- 2) наложение банок и горчичников (16);
- 3) снятие банок и горчичников (17);
- 4) протирание банок (18).

6. Массаж и втирания:

- 1) свертывание бинтов (19);
- 2) натирание (20);
- 3) бинтование (21);
- 4) уборка перевязочного материала (22).

7. Постановка клизм:

- 1) приготовление клизм (23);
- 2) постановка клизм (24).

8. Разваное:

- 1) лечение синим светом (25);
- 2) световая ванна (26);
- 3) ингаляция гортани (27);
- 4) подача кислорода (28);
- 5) промывание глаз (29);
- 6) наложение грелки (30);
- 7) наложение пузыря со льдом (31);
- 8) подкладывание круга (32);
- 9) спринцевание (33);
- 10) катетеризация (34).

II. Общее обслуживание больных.

9. Уход за больными:

- 1) поворачивание больного в постели (35);
- 2) осмотр больного (36);
- 3) чистка полости рта (37);
- 4) смазывание десен (38);
- 5) оправление постели (39);
- 6) укрытие больных (40);
- 7) обход больных (41).

10. Дежурство у бостели больного (42).

11. Хождение на зов больного (43).

12. Вызов врача или сестры (44).

13. Переноска больных:

- 1) переноска на носилках (45);
- 2) перевозка в кресле (46);
- 3) сопровождение ходячих больных (47);
- 4) относка носилок (48).

14. Получение лекарств из аптеки (49).

15. Доставка пищи на отделение:

- 1) доставка кипятка (50);

- 2) доставка обеда (51);
 3) доставка ужина (52).
16. Раздача пищи:
 1) раскладка порций (53);
 2) раздачи хлеба, масла, сахара, завтрака и утреннего чая (54);
 3) раздача вечернего чая (55);
 4) " обеда (56);
 5) " ужина (57).
17. Подача питья (58).
18. Подача и уборка судна (59).
19. Подготовка выделений к исследованию:
 1) наклеивание этикеток на банки (60);
 2) отнесение выделений в лабораторию (61);
 3) определение количества и удельного веса мочи (62);
 4) промывание глистов (63).
20. Умывание больных:
 1) приготовление к умыванию (64).
 2) умывание больных (65);
 3) смена воды (66);
 4) уборка умывальных принадлежностей (67).
21. Мытье больных в ванне:
 1) приготовление ванны (68);
 2) мытье больных (69);
 3) уборка ванны (70).
22. Смена белья больным (71).
23. Перестилка постелей (72).
24. Мытье рук (персонала) (73).
25. Приемка и выписка больных (74).
26. Чтение назначений (75).
27. Канцелярская работа (76).
28. Разное:
 1) приготовление больного к осмотру и демонстрации (77);
 2) помощь врачу при обходе (78).
 3) перевод больных на другие отделения (79);
 4) организация приема посетителей (80);
 5) взвешивание больных (81);
 6) одевание больных (82);
 7) укладывание больных в постель (83);
 8) огораживание постели сетками (84);
 9) подача банок для отхаркиваний (85);
 10) подстановка постельного столика (86);
 11) разогревание пищи больным (87);
 12) откупорка консервов и бутылок для больных (88);
 13) кормление слабых больных (89).
 14) выполнение специальных поручений больных (90).
 15) операции случайного характера (91).
- III. Обслуживание инвентаря.**
29. Приемка и сдача дежурства:
 1) подготовка инвентаря к еде (92);
 2) учет белья (93).
30. Бельевое хозяйство:
 1) приемка и доставка белья на отделение (94);
 2) распределение белья (95);
 3) учет грязного белья (96).
31. Уборка в аптечном шкафу (98).
32. Мытье мензурок:
 1) собирание мензурок (99);
 2) мытье и вытирание (100).
33. Подготовка медицинских принадлежностей:
 1) заготовка предметов ухода за больными (101);
 2) приготовление банок для выделений (мытье, распределение, этикетирование) (102);
 3) кипячение медицинских инструментов (103);
 4) заготовка перевязочного материала (получение, сортировка, распределение) (104).
34. Заготовка воды в кубе:
 1) наполнение куба водой (105);
 2) топка куба (106);
 3) сдача грязного белья (97).
35. Приготовление к раздаче пищи:
 1) приготовление посуды (107);
 2) накрывание столов и подвижных столиков (108);
 3) раздача приборов (109).
36. Уборка грязной посуды:
 1) собирание посуды (110);
 2) относка посуды (111).
37. Мытье посуды:
 1) приготовление воды (112);
 2) мытье посуды (113);
 3) вытирание посуды (114);
 4) чистка ножей (115);
 5) уборка салфеток (116);
 6) сушка полотенец (117);
 7) уборка посуды в шкаф (118);
 8) мытье кастрюль (119);
 9) мытье ведер (120);
 10) мытье куба (121).
38. Разное:
 1) проверка наличной посуды (122);
 2) отнесение кастрюль в ремонт (123);
 3) уборка медицинских приборов (124);
 4) мытье суден (125);
 5) операции случайного характера (126).
- IV. Обслуживание помещений.**
39. Мытье полов:
 2) приготовление ведер и трапов (127);

- 2) приготовление мыльной пены (128);
3) перестановка мебели (129);
4) мытье полов (130);
5) смена воды (131);
- 40. Подметание полов:
 - 1) перестановка мебели (132);
2) приготовление и разбрасывание опилок (133).
3) подметание полов (134).
- 41. Мытье стен и окон:
 - 1) мытье дверей (135);
2) мытье калориферов (136);
3) мытье стен (137);
4) мытье окон (138).
- 42. Мытье умывальной и уборной:
 - 1) мытье раковин (139);
2) мытье пола (140).
- 43. Обтирание пыли:
 - 1) с мебели (141);
2) со стен (142);
3) с окон (143);
4) с потолков (144).
- 44. Чистка медной арматуры (145).
- 45. Очистка плевательниц:
 - 1) собирание плевательниц (146).
2) мытье и чистка плевательниц (147);
3) расстановка плевательниц (148);
- 46. Собирание и вынос мусора, помоев, золы (149).
- 47. Заготовка уборочных материалов:
 - 1) получение материалов (150);
2) стирка тряпок (151).

48. Разное:

- 1) проветривание помещения (152);
2) выключение света (153);
3) присмотр за топкой (154);
4) дежурство у входа в здание (155);
5) операции случайного характера (156).

V. Не-работа.

49. Самообслуживание:

- 1) переодевание (157);
2) общественная работа (158);
3) разное (159).

50. Прием пищи (160).

51. Простой (161).

VI. Прочее.

52. Служебные разговоры:

- 1) с больными (162);
2) с врачом (163);
3) с сестрой надзирательницей (164);
4) с санитаркой (165);
5) с посетителями (166);
6) с прочими (167);
7) по телефону (168).

53. Разное:

- 1) получение медпомощи (169);
2) получение зарплаты (170);
3) уплата членских взносов (171);
4) операции случайного характера (172).

В этом перечне прежде всего обращает на себя внимание чрезвычайная обширность и многообразие номенклатуры: в нем представлено 172 названия выполняемых операций. В целях их систематизации и облегчения дальнейшего изложения мы объединили их по признаку целенаправленности в 53 группы. Внутри последних, однако, каждая из операций сохраняет самостоятельность и должна рассматриваться как таковая—как отдельная операция, независимая от прочих—поскольку каждая из них может сочетаться с остальными различным образом, в различной последовательности, отделяться во времени и, вообще, протекать от них независимо. Существенно также и то обстоятельство, что каждой операции, с точки зрения осуществляемого трудового процесса, свойственно особое психофизиологическое содержание, и поэтому переход от одной операции к другой требует соответствующего психологического переключения. В таблице 1 (стр. 286) приведены указания относительно того, какие группы операций выполняются различными группами медперсонала. Сопоставляя эти данные с данными перечня, видно, что не все приведенные в нем 172 статьи расхода времени характеризуют работу всех категорий, работников: именно, на обязанности сестер лежит выполнение 116 операций, санитарок—136 операций и уборщиц—73 операций. Насколько все же велики эти цифры, по сравнению с тем, что имеет место в условиях индустриального фабрично-заводского труда,

видно хотя бы из следующих примеров: 1) работница на ватерных машинах в текстильной фабрике выполняет 20 операций при нераздельном труде, при разделенном же—не более восьми; 2) бюджет времени набивной машинистки на табачной фабрике включает в себе при полном обслуживании трех машин—восемь статей расхода; 3) галощица при работе в комбинате осуществляет 2—3 операции, а работая в конвейере—лишь 1—2 операции. Это многообразие выполняемых младшим и средним персоналом работ, растянутость их на протяжении дня и невозможность четкого их спланирования во времени, поскольку осуществление большинства из них обусловлено спонтанно возникающими и не могущими быть предусмотренными и отрегулированными во времени извне потребностями больных—в значительной степени усложняет задачу рационализации больничного труда.

Обратимся к более подробному рассмотрению данных, представленных в таблице 1.

Из этой таблицы видно, что основным содержанием работы сестры является общее и специальное обслуживание больных, отнимающее в сумме 56,1—58,4% всего рабочего времени. Наиболее значительными частями этого раздела работы являются: больница им. Мечникова—раздача лекарств, измерение температуры и канцелярская работа; в больнице в Память 25-го Октября—раздача лекарств, раздача пищи и подача судна. На обслуживание инвентаря (преимущественно медицинского) расходуется 4—8% времени. В обслуживании помещения сестры участия не принимают. В течение значительной части времени—32,2—34,1%—сестры не заняты выполнением вообще никакой работы, хотя и находятся при этом в состоянии постоянной готовности к действию—в зависимости от обстоятельств.

Основным содержанием работы санитарок является общее обслуживание больных, на которое расходуется 25,7—29,8% всего рабочего времени. Доля участия в специальном обслуживании больных невелика и составляет 2,2—6,7%; обращает на себя внимание то обстоятельство, что в больнице им. Мечникова санитаркам поручается выполнение массажа и втираний. На втором месте по количеству затрачиваемого времени стоит обслуживание инвентаря—11,2—15,7%. За этим следует обслуживание помещения; тут однако замечается большая разница между обеими обследованными в отношении труда санитарок больницами: в б-ре им. Мечникова, где имеется штат уборщиц, на которых по преимуществу и возлагается работа по обслуживанию помещения, санитарки расходуют на этот раздел работы 5,8% времени; в больнице же им. Перовской, где вся работа по обслуживанию помещения ложится на санитарок, ими затрачивается на это 17,2% времени. Время, непосредственно не занятное выполнением какой-либо работы, у санитарок достигает весьма значительных размеров, доходя до 38,1—40,2% всего рабочего времени.

Основным содержанием работы уборщицы, как уже указывалось, является обслуживание помещения, отнимающее 46,6% времени. На втором месте стоит обслуживание инвентаря—18,4%. За этим следует общее обслуживание больных—14,0%, причем вся работа сводится здесь почти целиком к операциям, связанным с доставкой и раздачей пищи больным. В специальном обслуживании больных уборщицы совершенно

Таблица № I.

Бюджет рабочего времени.

№№ по пор.	Наименование операций	Сестра	Сестра	Сани-тарка	Сани-тарка	Уборщица
		Б-ца им. Мечникова	Б-ца в память 25-го Октября	Б-ца им. Мечникова	Б-ца им. Первовской	Б-ца им. Мечникова
<i>I. Специальное обслуживание больных.</i>						
1	Раздача лекарства	ч. м.	ч. м.	ч. м.	ч. м.	ч. м.
2	Измерение температуры	2—53	2—06	—	—	—
3	Впрыскивания	2—08	— 42	—	—	—
4	Наложение компрессов и повязок	— 36	— 37	—	—	—
5	Наложение банок и горчичников	— 29	— 20	—	—	—
6	Массаж и втирания	— 12	— 15	—	—	—
7	Постановка клизм	— 56	— 43	1—12	—	—
8	Разное	1—00	— 16	—	—	—
		— 18	1—03	— 24	— 31	—
	Итого	8—32	6—02	1—36	— 31	—
	В %/%	35,5	25,1	6,7	2,2	0,0
<i>II. Общее обслуживание больных.</i>						
9	Уход за больными	— 18	— 17	— 34	— 16	—
10	Дежурство у постели больного	— 2	— 11	—	6	—
11	Хождение на зов больного	— 6	— 16	— 5	— 24	—
12	Вызов врача или сестры	—	— 5	— 3	— 6	—
13	Переноска больных	—	—	— 38	—	— 10
14	Получение лекарств из аптеки	— 24	— 21	— 11	— 4	—
15	Доставка пищи	—	—	—	26	1—01
16	Раздача пищи	— 36	1—06	1—08	1—27	— 18
17	Подача питья	—	— 8	— 7	— 14	—
18	Подача судна	—	1—18	1—08	— 59	—
19	Подготовка выделений к исследованию	— 15	— 15	—	—	—
20	Умывание больных	—	— 51	— 19	— 11	—
21	Мытье больных в ванне	—	— 6	— 32	—	—
22	Смена белья больным	—	— 17	— 28	— 24	—
23	Перестилка постелей	—	— 51	1—01	— 54	—
24	Мытье рук	— 10	— 21	— 15	— 13	— 6
25	Приемка и выписка больных	—	—	— 19	—	—
26	Чтение назначений	— 17	— 35	—	—	—
27	Канцелярская работа	2—23	— 13	—	—	—
28	Разное	— 26	— 48	— 21	— 26	—
	Итого	4—57	7—59	7—09	6—10	1—41
	В %/%	20,6	33,3	29,8	25,7	14,0

№ по пор.	Наименование операций	Сестра	Сестра	Сани-тарка	Сани-тарка	Уборщица
		Б-ца им. Мечникова	Б-ца в память 25-го Октября	Б-ца им. Мечникова	Б-ца им. Перовской	Б-ца им. Мечникова
<i>III. Обслуживание инвентаря.</i>						
29	Приемка и сдача дежурства	— 6	— 5	— 28	— 17	—
30	Бельевое хозяйство	—	— 4	— 59	— 14	—
31	Уборка в аптечном шкафу.	— 26	—	—	—	—
32	Мытье мензурок	— 43	—	—	—	—
33	Подготовка медицинских принадлежностей	— 35	— 3	—	—	—
34	Заготовка воды в кубе	—	— 19	— 6	— 5	—
35	Приготовления к раздаче пищи	—	—	—	— 17	— 12
36	Уборка грязной посуды	—	— 12	— 48	— 46	— 17
37	Мытье посуды	—	—	—	1—50	1—37
38	Разное	— 5	— 6	— 20	— 11	— 6
	Итого	1—55	— 49	2—41	3—46	2—12
	В %/%	8,0	3,4	11,2	15,7	18,4
<i>IV. Обслуживание помещения.</i>						
39	Мытье полов	—	—	—	— 31	2—33
40	Подметание полов	—	—	— 34	1—18	— 35
41	Мытье стен и окон	—	—	—	— 22	— 28
42	Мытье умывальной и уборной	—	—	— 32	— 40	— 32
43	Обтиранье пыли	—	—	—	— 10	— 8
44	Чистка меди	—	—	—	— 25	— 18
45	Очистка плевательниц	—	—	—	— 6	— 7
46	Собирание и вынос мусора	—	—	—	—	—
47	Заготовка уборочных материалов	—	—	—	—	— 10
48	Разное	—	—	— 18	— 16	— 7
	Итого	— 00	— 00	1—24	4—08	5—34
	В %/%	00	00	5,8	17,2	46,6
<i>V. Не - работа.</i>						
49	Самообслуживание	— 43	— 42	— 20	— 26	— 15
50	Прием пищи.	1—09	— 36	1—00	1—12	— 58
51	Простой	5—51	6—53	8—19	7—31	1—09
	Итого	7—43	8—11	9—39	9—09	2—22
	В %/%	32,2	34,1	40,2	38,1	19,5
<i>VI. Прочее.</i>						
52	Служебные разговоры	— 48	— 48	— 53	— 16	—
53	Разное	— 5	— 11	— 38	—	— 11
	Итого	— 53	— 59	1—31	— 16	— 11
	В %/%	3,7	4,1	6,3	1,1	1,5
	Всего	24—00	24—00	24—00	24—00	120—00

не принимают участия. Общая загруженность рабочего времени у них относительно выше, чем у сестер и, особенно, у санитарок, достигая 80,5% (не- работа, след., равна 19,5%).

III.

Приведенные выше суммарные данные о бюджете времени медперсонала за суточный период дежурства не дают еще полного представления о действительной загруженности работой в целом и по отдельным статьям и, потому, не могут служить достаточным материалом для суждений о целесообразности внесения тех или иных изменений в существующий распорядок. Для этого необходимо рассмотреть, как распределяется работа по отдельным времененным отрезкам суток. Мы разработали эту часть—отдельно для сестер (таблица II) и для санитарок (таблица III)—по данным больницы им. Мечникова, условно рассматривая ее в этом отношении, как типовую¹⁾. Имея в своем распоряжении

Таблица II.

Временные показатели, характеризующие особенности работы сестер в различные периоды.

(В % к общей длительности данного отрезка времени. Отсчет по вертикали).

Периоды суток		с 6 ч.—9 ч.	с 9 ч.—15 ч.	с 15 ч.—20 ч.	с 20 ч.—24 ч.	с 0 ч.—2 ч.	с 2 ч.—6 ч.	Всего за сутки	Всего за полный цикл дежурств (в %)	
По содержанию работы	Общее и специальное обслуживание больных . . .	71,1	60,3	71,7	55,8	57,5	19,2	13—29	56,1	59,0
	Обслуживание инвентаря и прочее	8,3	14,2	13,7	22,9	5,0	—	2—48	11,7	12,3
	Не- работа . . .	20,6	25,5	14,6	21,3	37,5	80,8	7—43	32,2	28,7
По тяжестью работы	Тяжелая работа .	72,2	33,6	70,3	26,7	4,2	2,9	8—58	37,4	41,9
	Легкая работа .	7,2	40,8	15,0	52,1	58,3	16,3	7—19	30,5	29,4
По положению тела	Стоит или ходит .	72,2	63,9	75,7	47,9	13,3	6,3	12—13	50,9	56,6
	Сидит или лежит .	27,8	36,1	24,3	52,1	86,7	93,7	11—47	49,1	43,4
По местопребыванию	В палате	62,2	27,5	56,7	19,2	5,8	3,8	7—23	30,8	34,5
	В служебных помещениях . . .	3,3	26,9	11,3	4,6	—	—	2—28	10,3	12,4
	В дежурной комнате	34,5	45,6	32,0	76,2	94,2	96,2	14—09	58,9	53,1

¹⁾ Для уборщиц мы не сообщаем соответствующих данных, как не представляющих существенного интереса, поскольку работа их осуществляется исключительно в дневные часы и протекает довольно равномерно во времени.

данные, характеризующие последовательно по часам все содержание работы, мы объединили однородные по своему содержанию отрезки времени в группы, причем образовались периоды то большей, то меньшей длительности.

Мы полагаем, однако, что для получения возможно более полной картины распределения работы по различным периодам суток нецелесообразно ограничиваться рассмотрением работы лишь с точки зрения ее производственного содержания, но следует принять во внимание также ряд иных моментов, характеризующих особенности работы во времени, с различных точек зрения. В качестве таких дополнительных признаков мы наметили: 1) характеристика работы в отношении ее тяжести: относительно более тяжелыми видами работы мы считали те, которые характеризуются эмоционально-волевыми или мускульными усилиями (операции 1—11—у сестер, операции 6, 9, 11, 13, 18, 21, 30—у санитарок); 2) положение тела: а) стоит-ходит или б) сидит-лежит; 3) местопребывание: а) в палате, б) в прочих служебных помещениях (корridor, ванная, уборная, буфетная, бельевая, вне павильона) и в) в дежурной комнате.

Все эти данные, относящиеся к сестре, представлены в таблице II. Из нее видно, что два периода на протяжении суток—от 6 до 9 часов и от 15-ти до 20-ти часов—выделяются по напряженности работы. Общая загруженность их достигает 79,4—85, 4%. При этом вся работа почти целиком должна быть отнесена за счет тяжелой; процент последней равен 70,3—72,2, и в то время, как легкая часть работы составляет лишь 7,2—15,0%.

В эти периоды сестра 72,2—75, 7% времени проводит на ногах и более половины времени (56,7—62,2%) проводит в палате в непосредственном обслуживании больных. Время, затрачиваемое в эти периоды сестрой на каждого больного, составляет в среднем 2 минуты 4 секунды в час.

Располагающийся между этими двумя рассмотренными периодами отрезок времени от 9 до 15-ти часов довольно близко подходит к ним по общей загруженности; напряженность работы в это время, однако, заметно снижается. Количество тяжелой работы падает более, чем в два раза, составляя лишь 33,6%; соответственно этому повышается удельный вес легкой работы. Время, проводимое на ногах, снижается до 63,9%, а время пребывания в палате уменьшается более, чем в два раза, составляя 27,5%. Время, затрачиваемое в этот период сестрой на одного больного, равно в среднем 1 минуты 38 секундам в час.

Вечерний отрезок времени от 20-ти до 24-х часов, при одинаковой примерно общей загруженности, обнаруживает дальнейшее уменьшение напряженности работы. При этом значительная часть работы—около двух пятых ее—приходится не на прямое обслуживание больных, а на обслуживание инвентаря и прочее. Количество тяжелой работы падает до 26,7%, так что количество легкой работы превышает ее уже вдвое. Более половины времени—52,1%—сестра проводит сидя. Количество времени, проводимого в палате, спускается до цифры в 19,2%, зато резко вырастает количество времени, проводимого в дежурной комнате, доходя до 76,2%. Количество времени, расходуемого в эти часы сестрой на одного больного, равно в среднем 44-м секундам в час.

Следующий отрезок времени от 0 до 2-х часов, являющийся первым ночным периодом, характеризуется во-1) значительным уменьшением

общей загруженности: количество незанятого работой времени составляет 37,5%, и во-2) резким понижением напряженности труда. Удельный вес тяжелой работы ничтожен; количество легкой работы превышает тяжелую в 14 раз: 86,7% времени сестра проводит сидя или лежа. Длительность пребывания в дежурной комнате составляет 94,2%.

Второй ночной отрезок времени, обнимающий период от 2-х до 6-ти часов, показывает, прежде всего, дальнейшее чрезвычайно резкое снижение загруженности: общая продолжительность работы составляет 19,2% и, соответственно этому, время, не занятое работой, составляет 80,2%. Работа почти целиком относится к категории легкой. Время, проводимое сидя или лежа, равно 93,7%. Продолжительность пребывания в палате равна 3,8%, а пребывания в дежурной комнате—96,2%. Время, расходуемое в этот период сестрой на одного больного, составляет в среднем 10 секунд в час.

С 6-ти часов, с момента пробуждения больных, количество и напряженность работы сестры, как уже указывалось, дает очень резкий скачок вверх.

В таблице III представлены показатели, характеризующие распределение во времени работы санитарок. И тут также, как у сестер, период

Таблица III.

Временные показатели, характеризующие особенности работы санитарок в различные периоды суток.

(В % к общей длительности данного отрезка времени. Отсчет по вертикали).

П е р и о д ы с у т о к						Всего за сутки	
	8 ч. 6 ч.	20 ч. 8 ч.	22 ч. 20 ч.	6 ч. 22 ч.	В час. и мин.		
По содержанию работы	Общее и специальное обслуживание больных	69,3	51,0	25,0	9,4	8—45	36,5
	Обслуживание инвентаря, помещения и прочее	25,0	31,9	41,7	5,4	5—36	23,3
	Не- работа	5,8	17,1	33,3	85,2	9—39	40,2
По тяжести работы	Тяжелая работа	39,2	29,9	3,3	0,6	4—29	18,7
	Легкая работа	55,0	53,1	63,4	14,2	9—52	41,1
По положению тела	Стоит или ходит	94,2	75,3	79,2	15,2	13—43	57,1
	Сидит или лежит	5,8	24,7	20,8	84,8	10—17	42,9
По месту ¹⁾ пребыванию	В палате	63,3	36,8	25,0	7,1	6—45	28,1
	В служебных помещениях . . .	36,7	63,2	275,0	92,9	17—15	71,9

наиболее напряженной работы совпадает со временем пробуждения больных и приходится на утро, между 6-ю и 8-ю часами. Общая загруженность в этот период равна 94,2%, из коих 69,2% приходится на обслуживание больных. 39,2% работы относятся к категории тяжелой. 94,2% времени санитарка проводит на ногах. 63,3% работы выполняются ею в палате, в непосредственном обслуживании больных.

Следующий отрезок захватывает весь дневной период длительностью в 12 часов, именно—от 8 до 20-ти часов. По своей напряженности он

¹⁾ Дежурной комнаты для санитарок в больнице им. Мечникова не имеется.

несколько уступает предыдущему. Общая загруженность равна 82,9%, из коих 51% падает на обслуживание больных. Процент тяжелой работы снижается до 29,9%. Время, проводимое на ногах, снижается до 75,3%. Продолжительность пребывания в палате уменьшается почти вдвое, составляя 36,8%.

Следующий небольшой вечерний отрезок от 20-ти до 22-х часов показывает дальнейшее снижение общей загруженности до 66,7%. Работа почти полностью относится к категории легкой. Время пребывания в палате падает до 25,0%.

Последний—ночной—период охватывает время от 22-х до 6-ти часов утра. В этот отрезок имеет место резкое понижение общей загруженности, равной всего лишь 14,8%; таким образом, 85,2% всего времени фактически оказывается незанятым никакой работой. Та небольшая работа, которая в этот период совершается, целиком относится к категории легкой. Только 15,2% проводит санитарка на ногах, остальные же 84,8%—сидя или лежа. Время пребывания в палате составляет всего лишь 7,1%.

Помимо описанных выше видов хрометражса, нами были собраны замеры еще и по некоторым другим направлениям: изучались длительности отдельных видов операций, быстрота появления обслуживающего персонала на вызовы больных, время нахождения больных под наблюдением медперсонала.

Первые два момента не выявили ничего такого, что бы заслуживало специального рассмотрения, на рассмотрении же третьего момента мы несколько задержимся. Относящиеся сюда данные приведены в таблице IV. Длительность нахождения коечного больного под наблюдением обслуживающего персонала определяется, очевидно, временем пребывания последнего в каждой палате. В каждой больнице нами были взяты под наблюдение одна большая палата (12—22 койки) и одна малая палата (2—4 койки). Цифровые данные показывают, что общая продолжительность пребывания медперсонала (сестры и санитарки вместе) в большой палате колеблется в пределах между 5-ю часами 25-ю минутами и 7-ю часами 15 минутами в сутки, что составляет 23—30% всего времени. Следовательно, в течение именно этого времени каждый больной, лежащий в большой палате, находится в большей или меньшей степени в поле зрения обслуживающего персонала. Величину эту можно признать удовлетворительной, хотя нужно указать, что распределяется она на протяжении суток весьма неравномерно, так как часть ее, приходящаяся на дневной период, в 7—10 раз больше, чем в период ночной. Продолжительность пребывания медперсонала в маленькой палате оказывается значительно меньшей, нежели в большой, колеблясь между 40—95 минутами в сутки. Естественно, это происходит от того, что, будучи вынужденной обслужить в большой палате большее количество больных, сестра или санитарка задерживается в ней дольше нежели в маленькой. Однако, „рикошетом“ это отражается на больных в том смысле, что, находясь в маленькой палате, они оказываются в поле зрения медперсонала в 6—8 раз меньше, чем больные, находящиеся в большой палате. Значимость этого факта особенно увеличивается благодаря тому обстоятельству, что в маленькие палаты принято обычно помещать наиболее тяжелых больных, где им может быть предоставлен больший покой.

Таблица IV.

Продолжительность пребывания обучающегося персонала (стажер и практик) в одной практике

С этой точки зрения можно было бы ожидать, что, по крайней мере, время, расходуемое персоналом на непосредственный уход за каждым отдельным больным в маленькой палате, в среднем окажется большим, чем соответствующая доля времени, приходящаяся на больного в большой палате. Однако, данные таблицы IV показывают, что такое соотношение наблюдалось только в больнице им. Мечникова, в двух же других больницах имеет место обратное соотношение. Таким образом, данные хронометража обнаруживают, что общая длительность находящая больного в маленькой палате под наблюдением медперсонала оказывается меньшей не только потому, что здесь меньше общее количество больных, заставляющее персонал задерживаться в палате, но еще и от того, что время ухода за каждым отдельным больным оказывается здесь тоже уменьшенным.

III.

Нам остается рассмотреть, какие практические выводы позволяет сделать собранный хронометражный материал и каким образом он может быть использован для целей улучшения организации больнично-лечебного дела.

1. Уже самий перечень операций, выполняемых младшим и средним медперсоналом—перечень, даваемый в настоящей статье—должен помочь больничной администрации ориентироваться во всем многообразном содержании работы, которая осуществляется при уходе за больным. Опираясь на этот перечень, администрация могла бы провести проверку того, насколько целесообразно распределены обязанности между различными группами служащих соответственно их квалификации и общим принципам рациональной организации труда. Исходя из интересов лечебного дела, можно было бы в дальнейшем, пользуясь настоящим перечнем, необходимым образом перераспределить обязанности между различными категориями работников или даже провести их распределение внутри одной и той же категории, тем самым переходя к осуществлению принципов разделения труда. В том и другом случае перечень облегчает возможность приступить к уточнению списка поручений, возлагаемых на каждую группу работников или отдельных их представителей. Составление такого твердого списка поручаемых операций и сообщение его надлежащему лицу, представляя своего рода доведение задания до станка, должно повести к повышению трудовой дисциплины, к более четкому выполнению порученных обязанностей.

2. Данные таблицы II и III показывают, что загруженность медперсонала работой в ночной отрезок времени весьма низка: в период с 10 час. вечера до 6 часов утра загруженность санитарок составляет всего лишь 14,8% всего количества времени; у сестер загруженность в период между 12-ю и 2-ми часами ночи не превышает 62,5%, а период с 2-х часов ночи до 6-ти часов утра составляет 19,2%. При существующем в настоящее время недостатке в кадрах, столь остро дающем себя ощущать в нашем социалистическом хозяйстве, такой низкий коэффициент использования рабочего времени персонала граничит с расположительством имеющихся в нашем распоряжении трудовых ресурсов. Недохватка кадров, с одной стороны, и необходимость снижения стоимости человека-койки, с другой, приводят к необходимости увеличения заг-

руженности рабочего времени больничных работников. Здесь следует оговорить, что задача повышения загрузки больничного медперсонала представляет известные организационные трудности по сравнению с тем, что имеет место, например, в промышленности. В заводско-фабричном труде при практикуемом массовом способе производства и связанной с этим дробностью самого трудового процесса—в одних случаях, и возможностью, в случае экстренной надобности, задержать ход производственного процесса почти в любое время, в большинстве других случаев—дают возможность увеличить загрузку рабочего на любой процент в соответствии с показаниями хронометражного материала. В условиях больничного труда такое частичное увеличение загрузки, могущее, в первую очередь, найти свое выражение в увеличении количества больных, приходящихся на единицу обслуживающего персонала—наталкивается на трудность в виде ограниченной емкости каждого отделения, не позволяющего увеличить количества коек в нем. Кроме того, нужно принять во внимание, что увеличение загруженности больничных работников никогда не должно превышать некоторого известного процента, ибо характер и самое содержание их работы—объектом которой является болеющий человеческий материал—делает совершенно необходимым сохранение в их постоянном распоряжении некоторых запасных ресурсов времени на случай могущих возникнуть в любую минуту непредвиденных осложнений в состоянии больных. Тем не менее, при известной организационной гибкости, можно и здесь добиться немалых результатов в смысле повышения эффективности расходуемого рабочего времени. В качестве ориентирующего примера рассмотрим приведенные нами два случая работы сестер и санитарок в больнице им. Мечникова.

В период обследования отделение обслуживалось двумя санитарками, работавшими по 12 часов днем от 9 до 21 часа, и двумя санитарками ночью от 21 до 9 часов; всего, следовательно, за сутки расходовалось 48 человеко-часов. Реорганизацию распределения дежурств здесь можно провести в двух вариантах. Первый вариант: длительность каждого дежурства устанавливается в 8 часов, причем две санитарки дежурят от 6 до 14 часов, две санитарки—от 14 до 22 часов и одна санитарка в ночь—от 22 до 6 часов, при этом последняя все же будет загружена всего лишь на 29,6%. Общее количество человеко-часов за сутки при таком расписании равно 40, что, по сравнению с существующим положением, дает экономию в 17%. Второй вариант: продолжительность дежурства сохраняется в 12 часов; одна санитарка дежурит с 9 до 21 часа, вторая—с 21 до 9 часов, третья—с 6 до 18 часов; следовательно, в период более напряженной работы с 6 до 18 часов работают одновременно две санитарки, ночью—одна санитарка. Такое распределение дежурств требует 36 человеко-часов в сутки, что дает 25% экономии,—но при такой комбинации дежурств остается несколько оголенным отрезок от 18 до 22 часов, в течение которого работа санитарки является относительно напряженной, но на который приходится лишь одна дежурная санитарка. Выходом из положения явилась бы или передвижка части выполняющейся в этот промежуток времени работы на более ранние часы, когда работают две санитарки, или на более поздние часы, когда санитарка в значительной степени вообще освобождается от работы; или—другая возможность—создание должности „скользящей“ сани-

тарки, обслуживающей одновременно целый ряд отделений и освобождающей основных санитарок отделений от некоторой части работы, главным образом связанных с обслуживанием инвентаря и помещения. Эта „скользящая“ санитарка является в то же время и „запасной“, приходящей на помощь отделению в случае образования в нем временного „завала“ в работе.

Несколько сложнее обстоит дело с организацией дежурств сестер, поскольку уже и в настоящее время здесь в ночь дежурит лишь одна сестра. В период обследования распределение дежурств здесь было таково: одна сестра дежурит с 9 до 21 часа, одна—с 21 до 9 часов и одна поддежуриивает от 10 до 19 часов; все это в сумме дает 33 человеко-часов в сутки. Здесь можно было бы предложить освободив в^и ночное время сестру от выполнения некоторых работ—например, от канцелярской работы, поглощающей 2 часа 23 минуты и выполняемой ею почти исключительно в ночное дежурство—поставить ее в ночное время на обслуживания двух смежных отделений (вместо одного), причем средняя загруженность ее в течение ночи при этом не будет превышать 40%. Такая система организации дежурств требует 27 человеко-часов в сутки, что дает экономию в размере 18%.

3. В одной из обследованных нами больниц—больнице в Память 25-го Октября—применяется так называемая „сестринская система“ обслуживания больных, при которой все функции по уходу за больными полностью снимаются с санитарки и передаются сестрам. Само собой разумеется, что методом хронометража мы не можем получить тех сведений, на основании которых можно было бы дать исчерпывающую критическую оценку этой системе, но все же собранный материал по хронометражу дает нам ряд таких сведений, которые позволяют получить некоторую ориентировку в этом вопросе.

а) Таблица IV показывает, что хотя суммарное время, в течение которого лежачие больные находятся в „поле наблюдения“ медперсонала, во всех больницах приблизительно одинаково, но квалификация этого „наблюдающего“ персонала оказывается в различных случаях различной: так, в больнице в память 25-го Октября, благодаря применяемой там системе, все 100% такого „наблюдения“ осуществляются средним персоналом; в больнице же им. Мечникова и им. Петровской на долю сестры приходится соответственно только 36 и 32%, остальные же 64 и 68% осуществляются санитаркой, т. е. лицом, имеющим меньшую квалификацию.

б) Из таблицы I видно, что в перечне операций, выполняемых сестрой в больнице в память 25-го Октября, имеется десять наименований сверх тех, которые указаны для б-цы им. Мечникова. Таким образом, включением именно этих десяти операций в круг обязанностей сестер исчезают фактические признаки, устанавливающие специфическую сущность „сестринской системы“. На выполнение этих добавочных операций (№№ 12, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 30, 34 и 36) затрачивается с сумме четыре часа 7 минут в сутки. Основная часть этого времени—в размере трех часов—расходуется на выполнение трех операций: подачи судна, умывания больных и перестилки постелей; прочие 67 минут распределяются между остальными семью—очень незначительными по содержанию—операциями. При таком положении вещей, характери-

зумом номенклатурой выполняемых операций и определяющим типическое отличительное содержание сестринской системы, естественно должно возникнуть сомнение, может ли при таких условиях вообще считаться обоснованным или оправданным самое существование этой системы? Может возникнуть вопрос — насколько, вообще, целесообразно или необходимо возлагать на лицо, имеющее квалификацию сестры, именно этого рода функции. Нам думается, что когда окончательный ответ на заданный вопрос будет обсуждаться в соответствующих инстанциях, необходимо будет принять во внимание вскрытые хронометражем относящиеся сюда данные.

в) Совмещение одним лицом „чистой“ (под кожные впрыскивания) и „грязной“ (подача судна) работы по уходу за больными, естественно, повышает требования к санитарным условиям работы. Одним из показателей высоты санитарной обстановки в больничной работе является, несомненно, частота мытья рук медперсоналом. Хронометражные данные этот показатель выявляют, и в отношении интересующей в данном случае б-цы в Память 25-го Октября обнаруживают, что сестра моет руки за сутки в среднем 13,2 раз, между тем как она же подает судно 23,4 раза. Работавшие в период нашего обследования в той же больнице сестры-стажерки из Медицинского техникума оказались в этом отношении более аккуратными: количество случаев мытья рук в сутки равняется у них 24,1. Мы решили поэтому на них проработать интересующий нас вопрос более полно. Для этого мы прежде всего составили перечень тех операций, перед выполнением и после выполнения которых правила больничной санитарии требуют от персонала мытья рук. Мы считали, что мытье рук следует производить: 1) перед впрыскиванием; 2) катетеризацией; 3) раздачей пищи; 4) приемом пищи; 5) после клизмы; 6) спринцевания; 7) катетеризации; 8) определения удельного веса и количества мочи; 9) отнесения выделений в лабораторию; 10) натираний; 11) уборной. Придерживаясь этого перечня, можно на основании хронометражных материалов, путем простых подсчетов легко установить, что сестре в среднем необходимо за сутки мыть руки 46,8 раз, т. е. в два раза чаще, чем это фактически имеет место у сестры-стажерки, и в $3\frac{1}{2}$ раза чаще, чем это фактически делает сестра-профессионалка. Иначе говоря, мытье рук в процессе ухода за больным не производится в лучшем случае в 48%, в худшем — 72% от всего количества необходимых случаев. Уже на основании этих соотношений следует признать, что, независимо от общей оценки сестринской системы, последняя в нынешнем своем виде имеет ряд существенных организационных недочетов, требующих внесения соответствующих корректировок.

4. Чрезвычайно большое количество операций, выполняемых как сестрой, так и санитаркой, дают повод поставить вопрос о внедрении принципов разделения труда внутри каждой из этих профессий. Система организации труда по методу распределения обязанностей между несколькими участниками процесса, так что на долю каждого из них приходится относительно небольшое количество наименований работ в настоящее время получила распространение в очень значительном количестве различных форм производства и на практике вполне себя оправдала. Эта система организует самое поведение трудящегося, вносит четкость

в его работу, приводит к интенсификации ее в отношении количества и повышает ее качество. Никаких принципиальных затруднений для перенесения этой системы на область больничного труда не встречается; технически проведение системы разделения труда облегчается при наличии на одном отделении двух или более работников одинаковой штатной номенклатуры, однако, это отнюдь не является обязательным условием, ибо вполне мыслимо и кооперирование работников, занятых на разных отделениях. Но не одни лишь общие соображения о положительных сторонах системы дифференцированного труда побуждают нас ставить вопрос о целесообразности ее внедрения в обстановку больничной работы: мы уже видели, что почти всякое мероприятие по рационализации труда—идет ли речь об уплотнении работы сестры или санитарки или о внесении необходимых корректировок в систему сестринской формы обслуживания и пр.—приводит к проблеме дифференциации труда. Нельзя, конечно, дать единую общую формулу такого разделения обязанностей в больничной работе, которая оказалась бы пригодной для всех случаев. В каждом отдельном случае администрация и общественные организации учреждения, положив в основу сообщаемый в этой статье „Перечень операций“, внеся в него дополнения соответственно местным особенностям в работе и учитя ряд необходимых сведений из области общей структуры своего учреждения (его размеры, наличие специализации, распределение отделений по этажам и корпусам, количество коек, количество штатных обслуживающих единиц и пр.), должны выработать схему распределения обязанностей, наиболее подходящую для каждого отдельного случая, наилучшим образом удовлетворяющую потребности данного учреждения.

Рассмотрим для примера несколько случаев, относящихся к изложенному в этом сообщении материалу.

а) В отношении работы сестры было бы рационально освободить последнюю от выполнения канцелярских функций, выделив для них особое лицо, в руках которого можно было бы сосредоточить всю канцелярскую работу по целой группе отделений. Это облегчило бы проведение описанных выше мероприятий по уплотнению рабочего времени сестры и, кроме того, позволило бы возложить на нее некоторые операции по специальному уходу за больными, в настоящее время не вполне правомерно осуществляемые санитарками. Возможны и более радикальные формы дифференцирования труда сестры (например, одной сестре поручается текущее обслуживание больных, другой—планомерное выполнение врачебных назначений и т. п.).

б) Для санитарок целесообразно проведение разделения труда в основном по тому типу, который практикуется в б-це им. Мечникова: общее обслуживание возлагается на санитарку, обслуживание помещений—на самостоятельное лицо—на уборщицу. Обслуживание инвентаря поручается—в зависимости от местных условий—либо санитарке, либо уборщице, а в некоторой специальной части—сестре. Санитарка освобождается от работ по специальному обслуживанию больных, каковые функции передаются сестре.

в) В отношении сестринской системы обслуживания—безотносительно к вопросу о принципиальной ее ценности—следует признать, что она значительно выиграла бы в своей практике, если бы в ней было

проведено разделение труда, при котором „грязные“ и „чистые“ работы не совмещались бы в одних и тех же руках. Несомненно, это повысило бы качественную сторону ухода.

5. Последнее, о чем следует упомянуть в части выводов, это— пункт об обслуживании больных в палатах с малым количеством коек. Как в своем месте уже было отмечено, необходимо так организовать уход за ними, чтобы они—в большинстве случаев будучи более тяжелыми больными—пользовались не меньшим как качественно, так и количественно вниманием со стороны медперсонала, чем прочие больные, находящиеся в многокоечных палатах и обычно окруженные в значительном числе полуздоровыми, свободно передвигающимися и в известной степени их обслуживающими другими больными.
