

# Медицинская помощь и модели ее оказания медицинскими сестрами в современных условиях

Матвейчик Т.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Matveichik T.V.

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Belarus

## Models of rendering health care by nurses under modern conditions

**Резюме.** Социальная политика государства по обеспечению достойного уровня и качества жизни населения базируется не только на трех группах мероприятий демографической политики и гуманитарных принципах ее оказания, но и на разнообразных моделях осуществления. Предложено 5 моделей сестринского ухода: функциональная, бригадная, узкоспециализированная, полная и комбинированная, с анализом недостатков и преимуществ.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, модель, пациент, сестринский уход.

Медицинские новости. – 2017. – №3. – С. 22–27.

**Summary.** Social state policy on ensuring adequate level and quality of life of the population is based not only on three groups of measures of the demographic policy and humanitarian principles of its delivery, but also on various models of its rendering. Five models of nursing care have been proposed: functional, team, highly specialized, complete and combined, with the analysis of their advantages and disadvantages being made.

**Keywords:** medical nurse, model, patient, nursing care.

Meditsinskie novosti. – 2017. – N3. – P. 22–27.

Социальная политика государства направлена на обеспечение высокого уровня и качества жизни населения, в первую очередь детей, пожилых и старых людей, инвалидов. Реализуемые государственные программы адресованы разным слоям общества, поэтому необходимо владеть сведениями о потребности разных групп населения в медицинских и социальных услугах.

Прогнозы специалистов Республики Беларусь и ООН свидетельствуют о том, что к 2025 году удельный вес людей старше 65 лет составит десятую часть человечества. Социально-экономические последствия процессов старения населения имеют всеобщий характер, однако требуют различных действий в отдельно взятых странах.

В середине прошлого столетия эксперты ООН заставили задуматься о последствиях демографических процессов на общественное здоровье, когда определили границу демографической старости – 65 лет.

Исходя из данного тезиса, демографическая структура населения может быть представлена как:

- молодое население (доля лиц в возрасте 65 и более лет составляет до 4%);
- зрелое население (доля лиц в возрасте 65 и более лет составляет 4–7%);
- старое население (доля лиц в возрасте 65 и более лет составляет свыше 7%).

В исчислении демографической старости разными авторами общими являются показатели рождаемости и смертности. Уве-

личение средней продолжительности жизни в большей степени свидетельствует о социально-экономическом благополучии страны.

Таким образом, демографический фактор – важная предпосылка развития медико-социальной помощи.

Наибольшее влияние на статистику здоровья населения имеет уровень смертности, обусловленный следующими группами факторов:

- уровень жизни населения, включающий условия труда и быта, доходы, жилье, сферу обслуживания, качество питания;
- состояние окружающей среды, куда входят не только водоснабжение, атмосферный воздух, но и уровень обеспеченности медикаментами;
- качество оказания медицинской помощи;

Если число лиц старше 60 лет составляет от 12 до 14%, то демографическая старость считается подвижной, поскольку в этом случае нужны срочные государственные меры по повышению рождаемости и росту благосостояния.

Стабильна демографическая старость тогда, когда лица старше 60 лет составляют 15–19% в структуре населения (то есть число рождений равно числу умерших).

При недостаточной замене родительского поколения наблюдается суженное воспроизводство, а депопуляцией считают состояние, при котором происходит превышение показателей смертности над показателями рождаемости.

Мероприятия демографической политики в нашей стране, способствующие

В середине прошлого столетия эксперты ООН заставили задуматься о последствиях демографических процессов на общественное здоровье, когда определили границу демографической старости – 65 лет

- санитарная культура населения, в том числе гигиена труда и быта, распространенность вредных привычек.

Совокупность мероприятий по воздействию на демографические процессы в нужном для общества направлении называют демографической политикой.

Для нашей страны важным является представление о подвижности и обратимости процессов демографического старения, которые влияют на действия государственных организаций.

национальным интересам, подразделяют на 3 группы:

- экономические (возраст для начисления пенсии матерям, денежные пособия на детей);
- административно-правовые (минимальный возраст для вступления в брак, имущественные права супругов в пользу детей);
- социально-психологические, или воспитательные (направлены на формирование демографических идеалов).

Для решения глобальных для человечества проблем старения важнейшими являются выработка национальных стратегий и прогресс в области здравоохранения и финансовой защищенности пожилых людей. Первое десятилетие нового века характеризуется некоторыми особенностями:

- трансформацией демографических процессов к 2050 году, когда каждый пятый, а не каждый десятый будет в возрасте старше 60 лет;

- увеличением продолжительности жизни людей на 20 лет за последние 50 лет благодаря достижениям медицины и социальных технологий;

- ростом коэффициента иждивенчества (отношение числа нетрудоспособного населения к 1000 трудоспособного). Анализ коэффициента демографической нагрузки в Беларуси среди лиц трудоспособного возраста (15–59 лет) за период с 1990 по 2008 год для городского и сельского населения с учетом пола позволяет сделать вывод о стабилизации процесса старения.

Социальная защита пожилых людей и ветеранов в Беларуси – одно из приоритетных направлений социальной политики государства, находящегося под контролем президента и правительства страны. Правовые основы и меры социальной защиты пожилых людей и ветеранов определены Законом Республики Беларусь «О ветеранах», соглашениями государств-участников СНГ о взаимном признании льгот и гарантий инвалидов и участников Великой Отечественной войны, семей погибших военнослужащих и лиц, приравненных к ним. В новой редакции Закона «О ветеранах» предусмотрены дополнительные меры социальной поддержки этой категории граждан. Учитывая особый статус ветеранов войны, к их трудовой пенсии установлены повышения в размере от 250 до 500 процентов минимальной пенсии по возрасту.

Всеобщим советом Генеральной Ассамблеи ООН (резолюция от 16.12.1991 № 46/91) явилась рекомендация включения в национальные программы Принципов Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей. К этим принципам отнесены: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство.

Медицинская и социальная помощь – свидетельство гуманизма общества к детям, пожилым, старым людям и инвалидам – базируется на нравственных принципах:

- достоинство личности, обеспечиваемое правом на труд;

- свобода выбора и самостоятельность в решении собственных проблем, обусловленных образом жизни на основании права выбора во время болезни между домашним и общественным пребыванием, временным или постоянным;

**Формирование эффективного взаимодействия разных ведомств – путь комплексного решения специфических задач охраны здоровья отдельных категорий пожилых и старых людей**

- взаимное участие в коллективной жизни (снижает социальное одиночество, восполняет потребность в общественной значимости);

- разумный стимул, обеспечивающий возможность сотрудничества с другими людьми;

- равенство в получении ухода по состоянию здоровья с приоритетом для групп медико-социального риска;

- приоритетность и оптимальность ухода на дому, что наиболее полно отвечает потребностям человека и общества;

- значимость лиц, оказывающих медико-социальную помощь старым людям и инвалидам, престиж профессии.

Ориентация государства на оказание медицинской помощи, базирующейся на нравственных принципах, свидетельствует о внимании к человеку труда и социальной направленности. В современных условиях роль и значимость сестринской медицинской помощи значительно возрастают.

Международные организации уделяют внимание прогнозу развития и формам предоставления медико-социальной помощи, важное место в оказании которой отводится сестрам и акушеркам.

Политика развития сестринского дела, обсуждавшаяся в Варшаве (2011) на совещании государственных главных медицинских сестер Европейского региона, содержит поэтапные изменения, предпочтительные на данном этапе развития здравоохранения. Согласно резолюции Сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 64.7 (2011) «Укрепление сестринского дела и акушерства. Стратегические направления развития сестринской и акушерской служб на 2011–2015 гг.» предложено улучшить показатели здоровья путем компетентных, доказательных медсестринских и акушерских услуг.

Такая работа должна быть ориентирована на потребности семьи, включая реализацию концепции медицинской сестры общей практики, а также на усиление роли сестер и акушерок в таких областях, как общественное здравоохранение, укрепление

и развитие потенциала здоровья у населения на местном уровне.

В связи с общей тенденцией к увеличению доли пожилых и старых людей в структуре населения отмечается рост потребности в медицинской и социальной помощи.

Организация медицинской и социальной помощи осуществляется в амбулаторно-поликлинических, стационарных и специализированных организациях системы здравоохранения и социального обеспечения. В стационарных организациях создается среда, в которой концентрируются социально уязвимые пожилые и старые люди (больницы сестринского ухода, хосписы, отделения круглосуточного пребывания территориальных центров социального обслуживания, дома-интернаты). Первая медицинская помощь (ПМП) включает оказание медико-социальных услуг на дому, когда услуги приближаются к потребителям в привычной для них среде. Это позволяет сохранять и поддерживать устоявшийся уклад жизни, имеющиеся социальные резервы на привыкание к новым условиям, что неизбежно при переселении в стационары.

Выделение медико-социальной помощи в структуре больничной помощи системы здравоохранения вписывается в современную стратегию реструктуризации отрасли.

Размещение медико-социальных коек на базе существующих стационаров не требует дополнительных затрат. Комплексный подход к проблеме содержания медико-социальной помощи привел к совместному финансированию этих коек из различных источников:

- бюджет здравоохранения;
- собственные средства пациентов (в том числе части пенсии);
- фонд социальной защиты;
- средства общественных фондов, пожертвования граждан, гуманитарная помощь.

Экономическая выгода содержания этих коек органами социальной защиты состоит в том, что отпадает необходимость строить новые дома-интернаты для престарелых больных, уменьшается очередь для перевода в них, сокращается нагрузка на социальных работников.

ВОЗ отмечает, что оказание ПМП – трудоемкий процесс, в котором роль

медицинских работников зачастую недооценивается государством и обществом.

Разработка модели деятельности помощника врача в амбулаторно-поликлинической организации актуальна для состояния демографии в стране. Постарение населения, когда численность жителей в возрасте 65 лет и старше составляет 12,8%, – одна из причин

В нашей республике создана система государственной медицинской помощи и социальной поддержки граждан пожилого возраста, инвалидов, при которой социально-бытовые услуги оказываются системой Министерства труда и социальной защиты. Медицинским аспектом проблемы здоровья таких людей занимаются организации Министерства здравоохранения. Форми-

дом-интернат, оторвать от привычной социальной среды и связей, то, несмотря на хорошие условия проживания, полноценное питание и культурный досуг, в среднем он живет на 7–12 лет меньше.

По мнению некоторых авторов, развитие помощи на дому ассоциируется с уменьшением использования домов ухода и аналогичных институтов, но увеличит функционирование дневных стационаров, долговременных интернатов для престарелых, БСУ. Необходимость будущей специализации БСУ (по гериатрии, онкологии, психиатрии) апробирована практикой других стран и обеспечивает качество сестринской помощи.

Оптимизация деятельности помощника врача согласно предложенной модели позволит в определенной перспективе надеяться на улучшение качества жизни лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями посредством вторичной профилактики. Введение должности «помощник врача» происходит в условиях и с учетом конкретных социально-экономических условий, сложившихся в Беларуси, и с учетом международных обязательств.

С целью рационального использования кадровых ресурсов в системе ПМП продолжено введение должности помощника врача. Так, в 2009 году было 62 специалиста, в 2010 – 226, в 2011 – 811, 2012 – 1061. Постепенные изменения содержания сестринского труда проходят в определенных условиях.

Для удовлетворения потребности в предоставлении медицинской помощи пожилым, старым людям и инвалидам необходимо расширение функций средних медицинских работников. Совершенствование старых и появление новых форм медицинской и социальной помощи возможно только с привлечением новых

**Международные организации уделяют внимание прогнозу развития и формам предоставления медико-социальной помощи, важное место в оказании которой отводится сестрам и акушеркам. Политика развития сестринского дела, обсуждавшаяся в Варшаве (2011) на совещании государственных главных медицинских сестер Европейского региона, содержит поэтапные изменения, предпочтительные на данном этапе развития здравоохранения**

увеличения потребности в медицинской и социальной помощи с акцентом на ПМП и общую врачебную практику. Применительно к модели деятельности помощника врача это может означать изменение его функций в системе ПМП и привлечение окружения и семьи пациента в действенную медицинскую и социальную помощь. Разработка нормативных правовых актов, а также стандартов осуществления сестринских услуг на дому и контроля их качества, определение типов оказываемых услуг, контингентов населения, подлежащих такому уходу, учебные программы для обучения медицинских сестер, родственников и волонтеров уходу на дому – это только пункты необходимой деятельности.

Формирование системы медицинского ухода на дому обусловлено не только современным состоянием демографии, но и экономическими возможностями государства. Рост доли лиц пожилого и старческого возраста изменяет показатели общественного здоровья, общая заболеваемость имеет тенденцию к увеличению.

Рост общей заболеваемости свидетельствует о накоплении хронической патологии, медико-социальными последствиями которой является инвалидность. Ограничение жизнедеятельности и утрата людьми способности к самообслуживанию обуславливают возрастание нагрузки на систему оказания медицинской и медико-социальной помощи.

Анализ численности больничных коек в развитых западных странах в последние годы выявил ряд изменений. Отмечается неуклонное увеличение количества сестринских коек с сокращением общего числа больничных коек в лечебных организациях в большинстве стран.

рование эффективного взаимодействия разных ведомств – путь комплексного решения специфических задач охраны здоровья отдельных категорий пожилых и старых людей.

Проблемы медицинской и социальной помощи в уходе иногда приходится решать за счет дорогостоящих больничных коек. Их используют для госпитализации пожилых пациентов не только по медицинским, но и по социальным показаниям, что является экономически невыгодным. Проводимая реорганизация медицинской помощи в условиях стационара, направленная на сокращение коечного фонда, не решает проблему, несмотря на наличие 108 больниц сестринского ухода (БСУ).

Опыт зарубежных стран свидетельствует о возрастании объема медико-социальной помощи больным в домашних, а не в стационарных условиях, что оправданно не только с экономической точки зрения. О правильности такого подхода свидетельствует заключение ВОЗ: если в силу сложившихся обстоятельств человека преклонного возраста поместить в

Таблица 1. Преимущества и недостатки функциональной модели сестринского ухода	
Преимущества	Недостатки
Мастерство в выполнении процедур, быстрое достижение высокой квалификации	Отсутствие ответственности за полное удовлетворение всех потребностей пациента
Большой контингент обслуживания небольшим штатом	Отсутствие конкретной медсестры, с которой пациент мог бы обсудить проблемы
Упрощение обмена информацией с врачами	Возможность утраты медсестрами умений и навыков другой работы
Удовлетворение от хорошо выполненных однотипных заданий	Возможность разочарования в работе по причине однотипности заданий
Облегчение контроля со стороны медсестры-руководителя	Отсутствие полного представления о пациенте у медсестер

**Таблица 2** Преимущества и недостатки бригадного метода сестринского обслуживания

Преимущества	Недостатки
Повышение удовлетворенности пациента качеством ухода, так как он знает обслуживающих его медсестер	Нехватка знаний у медсестер по вопросам лидерства и эффективных коммуникаций
Эффективное обслуживание пациентов небольшим числом медсестер, коллегиальность	Недостаточное количество персонала с высоким уровнем практического опыта
Повышение мотивации, эффективности работы, формирование командного духа	Возможность потери преемственности ухода в связи с недостатком практического опыта
Применение во внутри- и внебольничной сферах здравоохранения, обмен опытом	Увеличение нагрузки на медсестру

**Таблица 3** Преимущества и недостатки модели полного сестринского обслуживания

Преимущества	Недостатки
Ответственность одной медсестры за прикрепленного пациента	Недостаток знаний и практического опыта для предоставления всех видов помощи одной медсестрой
Передача одной медсестрой всей информации о пациенте другим членам медицинской и/или междисциплинарной команды ведет к возрастанию личной ответственности	Трудности в получении помощи от других медсестер, которые могут быть заняты со своими пациентами
Более высокая удовлетворенность пациентов качеством сестринского обслуживания	Необходимость увеличения штата высококвалифицированных медсестер
Партнерство пациента и его семьи в процессе ухода	—
Закрепление за опытной медсестрой медработников с более низкой квалификацией	Потребность в наставничестве выше возможности его предоставления менее опытным сестрам

специалистов, технологий, возрастанием роли общественных организаций и объединений.

В мире известны несколько моделей сестринского ухода: функциональный, бригадный, полный, узкоспециализированный уход при конкретном заболевании. Для полного удовлетворения потребностей пациентов в зависимости от целей организаций здравоохранения могут применяться изолированные модели либо их сочетания.

*Функциональный сестринский уход* основан на максимальном использовании опыта, навыков и умений сестры или помощника врача для обеспечения качественного ухода за пациентом с акцентом на разделение труда и контроль. Этот вид ухода оправдан в условиях дефицита медсестер и вспомогательного персонала, он имеет свои достоинства и недостатки (табл. 1).

*Бригадная форма* сестринского обслуживания разработана с целью опти-

мального использования опыта сестер и контроля ухода, который осуществляется менее квалифицированными работниками.

Патронаж осуществляется группой сестер, бригадой, в состав которой входят люди разного профессионального уровня: врачи, помощники врача, сестры с различной специализацией, младшие медицинские сестры, социальные работники, добровольцы, сиделки, ухаживающие

**Бригадная форма сестринского обслуживания разработана с целью оптимального использования опыта сестер и контроля ухода, который осуществляется менее квалифицированными работниками**

родственники, соседи. Пациент рассматривается как основной член команды, вокруг и с участием которого строится вся работа (табл. 2).

Оптимальный размер группы – 3–5 человек (до 9 человек). Работа в команде дает участникам чувство принадлежности единому делу, взаимопомощь, защищен-

ность, общение, а также создает возможность работы по индивидуальному гибкому графику.

Известна примерная нагрузка при работе в такой бригаде. На одну медицинскую сестру приходится 6–10 пациентов в день при условии обеспечения мобильности передвижения, на одну старшую медицинскую сестру (помощника врача) – 20 пациентов, на одного инструктора ЛФК – 6–10 пациентов, на одну медсестру по массажу – 4–5 пациентов, на одну сиделку – 4 пациента. Рассчитанный норматив деятельности помощника врача предложен ниже.

*Модель полного обслуживания пациента* используется в госпиталях США. При этом медицинская сестра несет юридическую ответственность за пациента. Находясь у постели больного, она не только решает его проблемы, но несет полную ответственность за принятие решений и результаты ухода. Она ведет от одного до пяти пациентов, передает информацию об изменениях в его состоянии другим членам медицинской междисциплинарной бригады. Никто не опасается, что бригада многочисленна, ибо известно, что оптимальное решение принимают группы, состоящие из непохожих людей.

Усилия команды направлены на формирование у пациента приверженности к принятию помощи, желание излечиться. Периодически бригада собирается для обсуждения проблем работы и путей их решения. Это дает возможность разрешить сомнения и недоразумения (табл. 3).

Пациенту, нуждающемуся в уходе в течение длительного времени, подобная команда может обеспечить бесперебойный контроль состояния, взаимозаменяемость во время отпусков, болезни, отъезда, учебы, богослужений. Такая помощь расширяет круг общения с людьми разного профессионального уровня, интеллекта, образования, кругозора.

*Специализированный (узкоспециализированный) уход* – метод сестринского обслуживания пациентов в различных медицинских организациях (МО), осуществляющих уход, в том числе на дому, дневных стационарах поликлиник (амбулаторий), реабилитационных центрах. Получил широкое распространение в США

**Таблица 4** Преимущества и недостатки модели узкоспециализированного ухода

Преимущества	Недостатки
Применение практически во всех организациях здравоохранения	Необходимость соответствующей подготовки и опыта работы с подобными пациентами для менеджера
Эффективность сокращения затрат и улучшение качества обслуживания пациентов	Большая нагрузка на членов команды, особенно на руководителя
Планирование альтернативных корректирующих действий по уходу; критическая оценка результатов	Трудности в осуществлении ухода при недостаточном взаимодействии и сотрудничестве всех членов команды
Развитие тесного сотрудничества всех членов бригады	Высокая стоимость узкого специалиста
Объединение элементов бригадного обслуживания и полного ухода	Нехватка узких специалистов

**Таблица 5** Преимущества и недостатки модели комбинированной медицинской помощи

Преимущества	Недостатки
Повышение качества жизни престарелых и паллиативных больных	Нехватка соответствующего персонала по уходу на дому
Экономичность за счет сокращения затрат на госпитализацию	Увеличение нагрузки на персонал междисциплинарной бригады по уходу на дому
Тесная преемственность медицинских и социальных служб	Недостаточная координация служб и ведомств из-за законодательной разобщенности
Улучшение качества жизни потребителей медико-социальной и паллиативной помощи	Отсутствие навыков работы в команде медицинского персонала
Партнерские отношения с пациентом и его семьей в процессе ухода	Возможность конфликтов при взаимном несоблюдении прав и обязанностей
Является частью узкоспециализированного ухода	Необходимость переподготовки и специализации персонала для подобной работы

в связи с ростом стоимости больничного обслуживания. Этот метод подразумевает оказание помощи междисциплинарной командой при определенном заболевании. Сестринский уход и процедуры составляют наибольшую часть клинических действий.

При использовании метода узкоспециализированного ухода эффективность достигается при соблюдении ряда условий (планирование согласно ожидаемым результатам; координация помощи со всеми членами группы; обеспечение предсказуемости ведения пациента). Сюда относят снижение вероятности отклонений; инструктаж по содержанию ухода, его конечным результатам; сравнительный анализ лечения по клиническим результатам. Получение объективной информации о плане ухода и его результатах всеми заинтересованными организациями и лицами; улучшение условий труда, создание рабочей атмосферы в команде.

Члены междисциплинарной (узкоспециализированной) команды осуществляют ведение и уход пациента согласно предписанным графикам вмешательств и схемам лечения, что имеет свои достоинства и недостатки (табл. 4).

Клиническая поддержка может охватывать различные области оказа-

**В развитых странах чаще всего используются комбинации четырех основных моделей сестринского обслуживания. В одних используются элементы бригадной формы и специализированного ухода, в других – сочетание бригадной формы и полного обслуживания**

ния медицинской помощи: лечение в условиях стационара, уход на дому, законченный случай заболевания, диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию. Планы разрабатываются общими усилиями врачей, менеджеров, медсестер, фармацевтов в целях максимального использования ресурсов и сокращения неоправданных затрат.

Эта модель может применяться в начальном периоде заболевания вместе с основными методами лечения.

В развитых странах чаще всего используются комбинации четырех основных моделей сестринского обслуживания. В одних используются элементы бригадной формы и специализированного ухода, в других – сочетание бригадной формы и полного обслуживания.

Наличие известных моделей сестринского ухода и опыта их применения за рубежом не избавляет от поиска новых форм помощи. В настоящее время этот опыт применяется в организации работы специалистов системы общей врачебной практики. Исходя из возрастающей потребности населения в медицинской и социальной помощи, необходима гибкая модель ее оказания, что может существенно сократить расходы на содержание персонала, используя преимущества (табл. 5).

Комбинированная модель может быть применена к отдельным категориям пациентов, позволяет адекватно реагировать на потребности в уходе с учетом ситуации. При оказании медицинской помощи в комбинированной модели до 15% могут составлять тяжело и неизлечимо больные в терминальной стадии заболевания.

Содержание комбинированной модели медицинского ухода на дому может изменяться.

При ведении умирающих пациентов на первое место ставят разъяснительную работу в семье больного человека. Второй частью работы медсестры (помощника врача) является осуществление ухода согласно потребностям пациента и выполнение предписаний врача, наблюдение за реакцией на уход, физическим и психическим состоянием пациента. Третья составляющая ее работы – предоставление достоверной

и своевременной информации врачу о динамике состояния, совместное обсуждение тактики ведения пациента и его семьи, то есть субординация и преемственность.

В моделях сестринского ухода за пациентом, нуждающимся в комплексном медицинском и социальном уходе (функциональной, бригадной, полной,

узкоспециализированной), место помощника врача находится в комбинированной либо бригадной модели. Включение в подобную модель специалиста нового типа позволит усилить преимущества ме-

существование и качество жизни потребителям услуг – пациентам. Опыт предоставления медицинской и социальной помощи в комбинированных формах и моделях определяет своевременность подобных

**Сохранение самостоятельности пациентов с хроническими инвалидизирующими заболеваниями посредством реализации стратегии сестринского ухода является актуальной задачей. Для выбора модели ухода необходимо знание категорий населения, наиболее нуждающихся в нем**

дицинской профессии помощника врача (повысить качество жизни, обеспечить преемственность через партнерство с семьей и др.) и уменьшить указанные недостатки модели.

Организационно-функциональная действующая модель по взаимодействию организаций здравоохранения, территориальных центров социального обслуживания населения и службы сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста включает несколько этапов управления:

- 1-й этап (управленческий) – регламентация и координация;
- 2-й этап (учрежденческий) – координация и организационно-методическое взаимодействие;
- 3-й этап (организационный) – взаимодействие системы здравоохранения и социальных работников территориальных центров социального обслуживания населения и медицинской службы сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста в процессе оказания медицинской помощи лицам старше 60 лет и инвалидам.

Сохранение самостоятельности пациентов с хроническими инвалидизирующими заболеваниями посредством реализации стратегии сестринского ухода является актуальной задачей. Для выбора модели ухода необходимо знание категорий населения, наиболее нуждающихся в уходе.

Модели оказания сестринской медицинской помощи в современных условиях развития здравоохранения свидетельствуют о значительных возможностях для их комбинации согласно практическим запросам пациентов. Наличие нескольких моделей осуществления медицинской помощи силами помощника врача и медицинских сестер позволяет оптимально их использовать, обеспечивая достойное

услуг с адресной направленностью и доступностью.

Для осуществления дифференцированного подхода к совершенствованию и разнообразию программ оказания медицинской и социальной помощи важно учитывать неоднородность процессов старения населения в различных регионах. В регионах с наибольшей долей пожилых, нуждающихся в долгосрочной медицинской и социальной помощи, оказывать ее будут в основном специалисты уровня фельдшера, помощника врача, акушерки или медицинской сестры.

Развитие медицинской реабилитации, которой в полной мере владели бы специалисты – помощники врача, является следующим звеном в системе мероприятий по улучшению качества жизни населения независимо от возраста, места жительства, образования.

#### ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук Э.А. Основы медицинской реабилитации / Э.А. Вальчук. – Минск, 2010. – 20 с.
2. Глушанко В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография / В.С. Глушанко, В.В. Колбанов, И.В. Левицкая [и др.]; под ред. ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск, 2008. – 185 с.
3. Доклад о человеческом развитии, 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех: пер. с англ. / ПРООН. – М., 2011. – 188 с.
4. Доклад о развитии человека 2010. Реальное богатство народов: путь к развитию человека. 20-е юбилейное издание. – М., 2010. – 228 с.
5. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Минск, 2006. – 478 с.
6. Жарко В.И. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И. Жарко, И.В. Малахова, И.И. Новик, М.М. Сачек. – Минск, 2012. – 320 с.

7. Комаров Ф.И. Философия и нравственная культура врачевания / Ф.И. Комаров, В.П. Петленко, И.А. Шапов. – Київ, 1988. – 160 с.
8. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М., 2002. – 520 с.
9. Матвейчик Т.В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск, 2006. – 301 с.
10. Матвейчик Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук; под ред. проф. Э.А. Вальчука. – Минск, 2009. – 216 с.
11. Матвейчик Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2011. – 368 с.
12. Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / Белорусское Общество Красного Креста; под ред. д-ра мед. наук, проф. В.П. Сытого. – Минск, 2011. – 341 с.
13. Мороз И.Н. Качество жизни одиноких лиц пожилого и старческого возраста / И.Н. Мороз, Т.В. Калинина, Т.Г. Светлович, В.В. Колбанов, Кресторофи-Ходк // Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Гериятрия в системе практического здравоохранения Республики Беларусь». – Минск, 2012. – С. 90–92.
14. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-12: в ред. Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 г. № 363-3 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2001. – №2/399. – С. 12.
15. Саркисова В.А. Миссия ассоциаций медицинских сестер в формировании будущего сестринской профессии / В.А. Саркисова // Материалы Всероссийского форума медицинских сестер 11–13 октября 2012 г. – СПб., 2012. – С.72–80.
17. Ткаченко В.С. Основы социальной медицины: учеб. пособие / В.С. Ткаченко. – М., 2004. – 368 с.
18. Толкачева И.В. Мнение медицинских сестер о дополнительном и высшем образовании / И.В. Толкачева // Материалы Всероссийского форума медицинских сестер 11–13 октября 2012 г. – СПб., 2012. – С. 66–70.
19. Цели развития тысячелетия в Европе и Центральной Азии: достижения, проблемы и дальнейшие шаги. – Нью-Йорк – Женева: ООН, 2010. – 132 с.
20. Часнойть Р.А. Общественное здоровье и здравоохранение: основы экономики, финансирования и управления: учеб. пособие / Р.А. Часнойть [и др.]. – Гродно, 2008. – 252 с.
21. Щеткина М.А. // Проблемы управления. – 2011. – №2(39). – С.23–30.
22. Miller J.F. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness / Judith Fitzgerald Miller. – Copinght, 1992. – Ed. 2.

Поступила 22.02.2016 г.