

Матвейчик Т.В., Иванова В.И.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Сестринское дело – составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи (8). Из многочисленных существующих определений сестринского дела наиболее широко известным и часто цитируемым является определение (11):

« Уникальное призвание медицинской сестры заключается в том, чтобы оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению (либо наступлению безболезненной кончины) и с чем человек мог бы справиться без посторонней помощи, если бы он был достаточно крепок, целеустремлен или информирован, и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность» (13).

Сестринское дело – это искусство и наука одновременно. Оно требует владения специфическими навыками, знаниями и умениям их практического применения, базируется на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, социальные, медицинские и биологические законы.

Процесс реформирования сестринского дела в Беларуси идет медленно и трудно по ряду причин, одной из которых является недостаточная активность самих медицинских сестер. Находясь на вторых ролях в медицине, медицинские сестры зачастую не стремятся проявлять инициативу. Однако без качественного сестринского ухода не может быть качественной медицинской помощи.

Проблема структурной перестройки отрасли требует новых подходов в решении сложных социально-психологических задач в сфере рационального использования трудовых ресурсов. Основными направлениями оптимизации ресурсного обеспечения здравоохранения являются:

- устранение прямых потерь ресурсов за счет устранения дублирования функций;
- перераспределение функций между врачами и средним медицинским персоналом, между средним и младшим медперсоналом;
- усиление позиций среднего медицинского персонала на всех уровнях медицинского обслуживания;
- увеличение доли средних медицинских работников в кадровой структуре отрасли;
- повышение их правового и материального статуса и др.

Во многих странах мира растет спрос на сестринский персонал, так как их практика гибко реагирует на демографические, экономические и социальные перемены. В результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи и участие в проведении высокотехнологичных научных исследований. В ряде государств подобный диапазон ролей у медицинских сестер образовался не запланировано и бессистемно. Этот процесс был вызван потребностями населения, а в некоторых странах – стремлением сдержать рост расходов в сфере здравоохранения. Следовательно, специалистам в области планирования стало труднее описывать характер и масштабы медицинской практики, а соответственно, привести навыки и знания сестринского персонала на уровень потребностей населения без дублирования служб.

Анализ практики главных медицинских сестер в регионах методом опроса свидетельствует о ряде факторов, препятствующих преобразованиям в сестринском деле, среди которых:

- правовые (отсутствие стандартов и законодательства о сестринской деятельности, в том числе для лиц с высшим сестринским образованием);
- организационно-управленческие (отсутствие комплексного подхода к реформированию отдельных звеньев системы здравоохранения, нехватка организаторов сестринского дела, владеющих современными методами

менеджмента и маркетинга, способных проводить экспертизу качества и эффективности сестринской помощи);

- дефицит сестринских кадров и младшего медперсонала, низкая укомплектованность специалистами-организаторами сестринского дела с высшим образованием, высокий коэффициент совместительства);

- отсутствие дифференцированной нагрузки и оплаты труда специалистов с разным уровнем образования (например, главной медсестры со средним специальным и высшим сестринским образованием).

Как и за рубежом, в Республике Беларусь выделяют основные направления в работе сестер для эффективной деятельности служб здравоохранения, включающие профилактическую, медико-социальную и медико-реабилитационную помощь населению.

Проведенные исследования подтверждают готовность медицинских сестер к расширению самостоятельности при организации ухода за больными, увеличению количества выполняемых манипуляций (8). Для поддержания готовности к расширению объема манипуляций по уходу за пациентом необходимы определенные условия, включающие адекватную заработную плату, современное материально-техническое обеспечение рабочих мест, организацию труда с учетом новых технологий лечебно-диагностического процесса, рост профессионального образования. Медицинские сестры выполняют в ряде случаев низко оплачиваемую и часто сверхурочную работу, неудобное для использования и в недостаточном количестве оборудование для ухода за больными, что заставляет их руководствоваться более низкими стандартами обслуживания пациентов (11).

До сих пор профессия-медицинская сестра не считается самостоятельной профессией. Низкий престиж профессии медицинской сестры в современном обществе, невозможность профессионального роста, отсутствие условий для выполнения научных исследований побуждал определенную часть опытного и квалифицированного сестринского персонала, как свидетельствует практика, получать профессию врача,

диплом учителя биологии или химии с последующим устройством в медицинские учреждения на врачебные должности.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала меняются в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением:

- развитие первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения;
- реструктуризация медицинских учреждений, обуславливающая оптимизацию сроков пребывания в стационаре;
- расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса;
- совершенствование системы, форм и этапов реабилитационных мероприятий;
- формирование больниц или отделений сестринского ухода;
- развитие системы хосписов и оказанием паллиативной помощи умирающим, базирующейся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества.

Все это требует совершенствования образовательной части системы подготовки и повышения квалификации специалистов сестринского дела.

История развития сестринского дела, начиная с Н.И.Пирогова, С.П.Боткина свидетельствует об интеграции деятельности и образовательного пространства высшей медицинской школы и медицинских училищ. Формируемая сейчас многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела создает реальную преемственность знаний и навыков согласно уровню обучения. Она используется в практике последипломного обучения сестер с высшим образованием, которые наполняют новым смыслом содержание профессии.

В соответствии с «Отраслевой программой развития сестринского дела в Республике Беларусь» (в дальнейшем «Отраслевой программы...») (15) главным элементом реформирования являются высококвалифицированные кадры сестер, последипломное обучение которых осуществляют в БелМАПО

с 2001 г. Поскольку медсестры обеспечивают большой объем лечебно-диагностической, профилактической и социальной помощи, преобразования в системе здравоохранения начались с изменений в системе их профессиональной подготовки (1) открытием в Гродненском медицинском университете факультета по высшему сестринскому образованию в 1992 году.

Специально подобранная тематика лекций и практических занятий формирует у слушателей позитивное восприятие себя и мира, гармонизирует отношения в системе «врач-сестра-пациент». Особое внимание уделено вопросам взаимодействия руководителей: главного врача и главной медсестры и обучению деловому сотрудничеству.

Согласно исследованиям у 16,4%-35% медицинских сестер выявляется нежелание повышать свою квалификацию, что может быть обусловлено как низкой материальной заинтересованностью, так и развитием синдрома эмоционального выгорания (12, 20). При этом до 25% опрошенных не считают необходимым ведение сестринской документации, а 9,6% - обеспечение соблюдения асептики и антисептики при работе с пациентом, 5% - обеспечение правильности выполнения назначений врача, от 4% до 10,8% сестер не признают необходимости контроля качества со стороны руководства.

Целесообразно изучение зарубежного опыта оформления и ведения первичной документации и обновление технологий ее ведения. Согласно стратегии Министерства здравоохранения, в процессе реструктуризации медицинской помощи в сельской местности планируется на базе участковых больниц организация больниц сестринского ухода, выполняющих медико-социальные функции.

Становится понятным, что для выполнения подобных организационных мероприятий понадобится большое число менеджеров – сестринских руководителей, которые смогут осуществить эти планы.

Для реализации эффективной организационной деятельности сестринских кадров необходима подготовка главных медицинских сестер в современной интерпретации - профессиональных менеджеров сестринских

служб (24). Государственные должностные лица и руководители, как правило, отмечают стремление служить обществу. По данным Crewson, (1995 г) значительная доля менеджеров, поступающих на государственную службу, считали ее наиболее важными критериями своего решения. Согласно отечественным (3, 18) и зарубежным (23) данным общей характеристикой этих лиц является возможность помогать другим, служить обществу в целом, самопожертвование, честность и чувство ответственности. Разумеется, мотивы служить отечеству, присущи не только государственным служащим, они должны играть важную роль при разработке теорий государственного менеджмента и поведения в государственных организациях.

В некоторых странах существует 15 и более дополнительных категорий сестринского персонала, которые отличаются по степени своей профессиональной подготовки. Сестру, прошедшую подготовку повышенного уровня характеризуют:

- специализация;
- расширенные знания и более совершенные навыки;
- высшее образование и подкрепление практики исследованиями;
- значительная степень независимости в практической работе и самостоятельность в принятии решений.

Разнообразные функции медицинской сестры предусматривают большое количество профессиональных подходов, поэтому сестринский персонал трудится практически во всех направлениях здравоохранения. Хотя эти качества являются сильными сторонами сестринской работы, они иногда порождают конфликты между сестрами и другим персоналом из-за недостаточно четкого определения сферы компетенции, дублирования функции специалистов, отсутствия системных знаний по коммуникации, конфликтологии, низкого уровня психологической устойчивости против стрессов, недостаточной общей культуры.

Анализируя деятельность медицинских организаций, легко заметить, что при одинаковых кадровых и финансовых возможностях успехи отдельных

коллективов разные. Проблема заключается не только в объективных условиях, но и в личности организатора.

Изучение личности сестринского руководителя необходимо и для оценки его способности адаптации к условиям реформирования. Как известно, это сопровождается снижением работоспособности, повышением конфликтности, ухудшением состояния здоровья. При длительно воздействующих профессиональных стрессах возможно развитие соматических заболеваний у руководителей.

Согласно анкетированию выделены такие желательные личностные качества, как интеллект, доминантность, уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность и стрессоустойчивость, креативность, предприимчивость, ответственность и надежность, что частично соответствует идеальным качествам главной медсестры (25).

Однако из имеющихся личностно-характерологических качеств отмечено иное: неуверенность в своих силах, склонность к аффективным реакциям, ситуативная тревожность, излишняя агрессия и конфликтность как следствие заниженного уровня самооценки и затруднения в построении контактов с людьми.

Таким образом, в личностном портрете сестринского руководителя, наряду с высокими профессиональными амбициями и исполнительской дисциплиной, имеет место заниженный уровень самооценки, нестабильная личная эмоциональная устойчивость, слабое знание основ коммуникации. Отсутствие механизмов реализации карьерных амбиций сестринского организатора усугубляет эти особенности.

Ориентируясь на психологический портрет сестринского руководителя, преподаватели видят перспективы совершенствования последипломной подготовки в том, чтобы увеличивать знания по лидерству, обучить умению противостоять профессиональному стрессу, поднять уровень навыков в решении деловых проблем. Социологический опрос является инструментом грамотных управленческих решений. Существенным вкладом в повышение эффективности управления сестрами является совершенствование преподавания основ психологии общения и психогигиены руководителя.

Помимо этого, установлено: главные медицинские сестры имеют собственное понимание жизненного успеха, составляющими которого в виде хорошей семьи, любви и детей видят 82,1%, уважения и признания других людей – 61,5%, самореализации способностей – 58,9%. Пути достижения успеха респонденты считают и используют трудолюбие – 61,5%, профессиональную компетентность – 51,2%, опыт и навыки – 46,2%.

Эти данные подтверждают наиболее важные ценности, которые выбирали анкетированные: крепкая семья привлекает 35,9%, хорошее здоровье и уверенность в себе – 25,6%, интересная работа в сочетании с материальной обеспеченностью – 23%. Выбор между сохранением семьи и карьерой в пользу семьи сделали 58,9% человек. Конкуренцию как вариант соревнования изредка испытывают 33,3%, но предпочитают ее только 23%.

Оптимальным среднемесячным доходом называют сумму в размере 1,5 млн. руб., в то время, как фактический составляет 150 тыс. руб., что в 10 раз ниже ожидаемого.

Материалы демонстрируют, что существуют причины, ухудшающие мотивацию труда главной медицинской сестры.

Помимо этого, в личностном портрете главной медсестры важное место занимает признание других людей, что требует морального поощрения их труда в глазах руководителей общества. Избегание конкуренции, как способа соревнования у большинства респондентов подтверждает характерологическую особенность анкетированных главных медицинских сестер со средним специальным образованием: неуверенность в себе, своих силах, заниженная самооценка.

Воспитание и обучение специалиста на рабочем месте в виде наставничества остается актуальной формой повышения качества сестринской помощи, и его значение признают 96,8% сестринских руководителей с высшим образованием (9, 22). При организации валеологической службы следует обратить внимание на работу с пациентами, среди которых 18% недооценивают соблюдение персоналом правил техники безопасности, 8% - организацию сестринской сменной нагрузки, 7% - соблюдение алгоритма деятельности сестры, ее базовой

подготовки и необходимость материального стимулирования медицинских работников. Необходимо обеспечить адекватную материальную и моральную оценку качественной сестринской помощи.

Среди проблем здравоохранения в период реформ особо выделяется проблема качества медицинской помощи.

В числе характеристик качества медицинской помощи следует особо отметить приемлемость – соответствие помощи ожиданиям пациентов и их родственников, справедливость и законное распределение обоснованной помощи населению, безопасность и своевременность, которые зависят от работы медицинских сестер. В настоящее время осуществляется организационный этап – определяются проблемы, показатели оценки, методы работы, сроки, ответственные.

Педагоги и организаторы общественного здоровья реагируют на это расширение работы по созданию взаимопонимания, представления о качестве у пациента – врача – медсестры и инвестора, расширяя использование наряду с экономическими и моральными стимулов, также обучая методам "работы в команде" (17).

Анализ анкетирования пациентов в ряде лечебно-профилактических организаций (ЛПО) показал, что имеют место нарушения правил межличностного общения. Для обучения сестринского персонала в рамках реализации «Отраслевой программы...» по разделу нормативное правовое обеспечение были специально разработаны правила (26).

В конечной цели непрерывного сестринского образования – профессиональном росте и гарантии безопасности, компетентности и качества сестринского ухода – заинтересованы в равной степени и работодатель и работник. Первые заинтересованы в поддержании конкурентоспособности медицинского учреждения, что недостижимо силами неквалифицированного персонала. Сами работники стремятся быть максимально востребованными на рынке трудовых ресурсов, что заставляет их поддерживать свои знания, навыки в периоде последиplomной подготовки для сохранения профессиональной компетенции (28, 20).

Известно, что продвижение реформ невозможно без изменения отношения врача и общества к роли медицинской сестры в эффективном функционировании ЛПО от многопрофильной клинической больницы до санатория-профилактория. Уважение обществом врачей и восприятие медсестры как полноправного участника лечебного процесса возможно не только с изменением программ сестринского образования, но и законотворческих процессов по роли и месту медсестры. В отличие от российского, высшее сестринское образование в нашей республике еще не накопило продолжительного опыта последипломного обучения.

Изменение статуса и роли медицинской сестры происходит на наших глазах. Коллеги из Российской Федерации (19) планируют рекомендовать всем старшим медсестрам получить высшее сестринское образование и даже имеют прогноз потребности в кадрах сестер с высшим образованием для отдельных ЛПО.

В Республике Беларусь при крупных клинических больницах предстоит создание отделов маркетинга, где будет осуществляться планирование потребности в одноразовом медицинском инвентаре, распределении его по отделениям, перераспределение потоков расходных медицинских материалов, анализ рынка медицинских товаров (19).

Введение в номенклатуру должностей штатной медсестры-менеджера ЛПО, заместителя главного врача по сестринскому персоналу, заведующего приемными отделениями, операционными блоками, информационно-аналитическими отделами клинических больниц, отделами маркетинговых исследований, директоров хосписных больниц, заведующих бригадами сестер специалистов общей практики, паллиативной медико-социальной помощи хроническим больным и инвалидам позволит решить вопрос востребованности, эффективного использования и достойной оплаты специалистов с высшим сестринским образованием.

Эффективная продолжительность работы на одной должности составляет 5-7 лет (3, 18), в дальнейшем необходима либо кадровая ротация по горизонтали или вертикали, либо переподготовка по теории и практике организации и управлению, способствующая совершенствованию старых,

либо обретению новых стилей и методов руководства. Эффективной работе руководителя может способствовать также инновационное изменение целей (или задач) работы организации.

Сотрудничество с социальными службами, домами инвалидов, больницами ветеранов войны и труда формирует потребность практического здравоохранения в качественно новой подготовке медсестер.

Социальное обслуживание на дому - один из основных видов социальной работы, его основная цель - максимально продлить нахождение граждан в привычной среде обитания, поддержать их личностный и социальный статус, защитить их права и законные интересы.

В нашей стране есть возможности для подготовки грамотной, всесторонне развитой, высококвалифицированной социальной медицинской сестры. На базе Центра переподготовки, повышения квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием необходимо планировать подготовку таких специалистов по запросам от руководителей ЛПО, домов ветеранов и инвалидов.

Существуют значительные резервы повышения качества санитарного просвещения, осуществляемого сестрами, фельдшерами и акушерками, которые используют в обучении сестринских руководителей.

- Осуществление санитарного просвещения адресно, с учетом индивидуальных пожеланий пациента.
- Определение уровня готовности пациента к сохранению и укреплению здоровья.
- Учет мотивации индивидуума к профилактике и здоровому образу жизни, который прямо пропорционален ухудшению состояния здоровья и увеличению числа болезней.
- Планирование оздоровительных, профилактических и реабилитационных мероприятий осуществлять не в состоянии болезни, а в период практического здоровья.
- Сроки, объемы и формы проведения работы с пациентами должны зависеть от их готовности и мотивации к укреплению и сохранения здоровья.

- Привлечение к реализации плана профилактики болезней индивидуума, его друзей и членов семьи.

Согласно исследованиям последних лет (25) возможности влияния здравоохранения на здоровье населения составляют около 10-15% всего объема факторов, против 8-10% их совокупности ранее.

В компетенции здравоохранения остаются управляемые факторы условий и образа жизни – 50-55% общей совокупности влияния; наследственно-генетические 15-20%. На долю факторов внешней среды приходится 20-24% всего объема воздействия.

В связи с этим финансирование здравоохранения должно возрасти ввиду значительности его влияния на состояние здоровья населения, как экономическую категорию.

По данным ВОЗ нет прямой зависимости между уровнем социально-экономического развития страны и масштабом сестринской практики. Так, в ряде развивающихся стран с низким доходом населения сестринское дело хорошо развито и обеспечивает всю первичную медико-санитарную помощь. В наиболее бедных странах медицинские сестры руководят большей частью медицинских служб. Они часто работают с беднейшими и наиболее уязвимыми слоями общества (13).

Способ оплаты труда врачей также сказывается на масштабе медсестринской практики: если врачи получают гонорар за каждую проведенную процедуру или предоставленную услугу, то стремятся выполнить эту работу сами. Там, где такой системы оплаты не существует, вполне вероятно, что подобные процедуры и услуги станут составным компонентом труда медсестер.

Медицинское обслуживание стоит дорого, во всем мире на нужды охраны здоровья ежегодно расходуется около 2000 млрд. долларов США. В промышленно развитых странах расходы на охрану здоровья в расчете на душу населения достигают 2000 долларов США в год, в то время как в беднейших государствах они не превышают 3-5 долларов США. Хотя медицинские сестры наиболее значительная часть медицинского персонала,

они практически не влияют на решения относительно бюджетных ассигнований на найм, обучение и трудоустройство кадров.

Положительных тенденций в показателях уровня и качества жизни можно добиться только формируя активную, а не иждивенческую мотивацию заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих, чему в свое время в какой-то мере способствовала политика по решению проблемы Чернобыля.

В условиях проживания населения на загрязненных радионуклидами территориях обучение их экологической грамотности и мотивации к сохранению своего здоровья слушатели кафедр академии осуществляют во многом личным примером, декларированием моды на новое отношение к мерам по его укреплению. Таким образом, создаются медико-социальные предпосылки укрепления здоровья людей, рассчитанные на длительное время.

Организаторам здравоохранения и сестринского дела (2, 7, 20, 21) хорошо известны проблемы сестринской службы:

1. Трудоустройство медицинских сестер с высшим образованием.
2. Отсутствие законодательной базы и узкая номенклатура сестринских должностей с высшим образованием.
3. Низкая моральная и материальная заинтересованность медицинских сестер в совершенствовании профессиональных знаний и навыков.
4. Физически и эмоционально тяжелый труд без возможности для релаксации и разрядки.
5. Низкий уровень самооценки и престижа сестринской профессии (5).
6. Адаптация молодых специалистов на рабочем месте.
7. Синдромы эмоционального выгорания и хронической усталости (12).
8. Отсутствие нормативов нагрузки, стандартов качества.

Исходя из этого, сотрудничество организаторов общественного здравоохранения с творческими научными и педагогическими коллективами является путем их решения.

Одной из педагогических задач является развитие мотивации к творчеству руководителя-наставника сестринского дела. Этому могут, на наш взгляд, служить:

- развитие в себе положительных эмоций, проявляемых при общении с коллегами и пациентами;
- творческая работа, дающая возможность самореализации;
- возможность карьерного продвижения и социальные гарантии.

Организаторы общественного здоровья и преподаватели обсуждают возможные варианты специализации для сестер с высшим образованием. Специализация по организации сестринского дела (7) может быть по следующим направлениям:

- организатор сестринского дела или менеджмент и экономика сестринского дела;
- валеология;
- медико-социальная реабилитация;
- лабораторная диагностика;
- директор больницы сестринского ухода;
- заведующий приемным отделением больницы социальной помощи
- заведующий бригадой сестер-специалистов общей практики
- заведующий бригадой паллиативной медико-социальной помощи хроническим больным и инвалидам.

Утверждение этих специальностей благоприятно скажется на рациональном трудоустройстве медсестер с высшим образованием.

Вместе с тем, необходимы стимулы, активизирующие обучение сестринских руководителей. Осуществление этого возможно путем:

- тестирования подготовки специалистов по базовым знаниям и компьютерным программам по итогам обучения;
- мотивация по развитию индивидуальных качеств ответственности, инициативности, целеустремленности, креативности, работоспособности, трудолюбия, дисциплинированности;
- умения находить компромиссные решения, предвидеть, планировать, анализировать, быть готовым к риску, обладать стрессоустойчивостью;

- видеоигры, ролевых и деловых игр по совершенствованию коммуникативных навыков, стилю руководства персоналом;
- использования в деятельности различных форм повышения качества сестринских навыков с целью профессиональной адаптации молодых специалистов к традициям учреждения;
- провозглашения фирменного кредо и миссии конкретной организации, улучшения служебного этикета и культуры своего учреждения, способствующих позитивным процессам самоорганизации.

Взаимоотношения в системе «врач-сестра-пациент» строятся не только не общечеловеческих ценностях, законах коммуникации, но и документах, главными из которых считают и руководствуются: «Деонтологический кодекс: принципы и нормы медицинской деонтологии», «Кодекс профессиональной деятельности медицинской сестры». Подробно раскрывая требования к личности врача и сестры, в них акцентируется внимание на коллегиальных партнерских взаимоотношениях врача с медсестрой и их обоих – с пациентом. Известные психологические особенности деятельности медицинской сестры-руководителя включают требования эмоциональной устойчивости, коммуникативности, стрессоустойчивости, воли, находчивости.

В настоящее время существует кадровая диспропорция «сестринский персонал – врачи». Она характеризуется увеличением во врачебной деятельности доли тех видов медицинских услуг, которые должны осуществлять хорошо подготовленные медицинские сестры, а с другой стороны сестринскому персоналу отводится роль технического персонала, не требующего специальной медицинской подготовки. Последнее обстоятельство оказывает отрицательное влияние на качество сестринской помощи, имидж и привлекательность профессии медицинская сестра (14).

Увеличение численности врачей и уменьшение числа средних медицинских работников в Республике Беларусь следует признать нерациональным с точки зрения экономической эффективности подготовки и использования медицинских кадров.

Наблюдаемые в настоящее время тенденции развития сестринского дела свидетельствуют о следующем:

- существует тенденция к уменьшению соотношения врач-медсестра с 1:4,1 в 1960 г. к 1:2,6 в 1999 г. до 1:2,2 в 2002 г., что противоречит мировым тенденциям по этому показателю (1:4) (4);
- повышение объема техногенных вмешательств увеличивает перегрузку врача сестринскими манипуляциями с одновременным сокращением объема медицинских услуг при сестринском уходе;
- резкое сокращение численности младшего медицинского персонала привело к расширению объема несвойственных вспомогательных технических функций, не требующих сестринской квалификации (1);
- подавляющее число врачей не признают вклад медсестры в лечебно-диагностический процесс, не умеют и не ориентированы на выстраивание равноправных партнерских отношений с ними (1, 3);
- наличие тенденции к развитию синдрома профессионального выгорания (5, 12, 20). Своевременным является обоснование и введение в штаты отдельных учреждений здравоохранения должности психолога, осуществляющего коррекцию имеющей место профессиональной психологической деформации личности медицинского работника;
- карьерные устремления сестринских руководителей не имеют юридического обеспечения, что неблагоприятно сказывается на престиже этой профессии в нашей стране.

Имеющийся зарубежный опыт по этому вопросу (США, Японии, ФРГ и др.) свидетельствует об убедительном поощрении карьеры человека внутри одной специальности (горизонтальная модель продвижения карьеры). В то же время в управлении карьерой сестринских специалистов возможно использование вертикальной модели со сменой учреждения и узкой специализацией работника.

Отсутствие стандартов выполнения сестринских манипуляций привело к значительной и неравномерной нагрузке медицинских сестер.

Отсутствие специализации по организации сестринского дела сокращает возможность трудоустройства медицинских сестер с высшим образованием,

что ведет к неквалифицированному использованию этих специалистов и диспропорциям в экономических затратах на их образование и отдачу в последипломной деятельности.

Имеются определенные перспективы последипломного повышения квалификации медицинских сестер с высшим образованием.

Исходя из потребности общества в развитии концепции здоровья будет ощущаться потребность в авторских просветительных оздоровительных программах. Следует всемерно поощрять на областном и районном уровнях здравоохранения это направление, наряду с изучением потребностей и интересов населения данного региона.

Для повышения качества и эффективности медицинской помощи необходимо повышение правовых знаний и нормативного документирования, делопроизводства и компьютеризации деятельности сестринского руководителя, овладение экономическими базовыми знаниями. Необходимо изучение фактической и должностной потребности в среднем медицинском персонале с учетом приближения к оптимальному соотношению врач-сестра от 1:2,2 до 1:4 в течение 10-15 лет.

Возрастание роли, самостоятельности и престижности работы медицинской сестры возможно путем создания стандартов профессиональной деятельности средних медицинских работников в различных сферах и совершенствованием имеющихся организационных форм труда медицинских сестер.

Следует также предусмотреть присвоение классности (квалификации, компетентности) по окончании каждого последовательного этапа образования средних медицинских работников в соответствии с принципом «За лучшее качество знаний по осуществлению медицинских услуг – большая оплата» с соответствующей дифференцированной оплатой уже по итогам обучения, что будет стимулировать качество базового и последипломного образования, как это было прежде.

Формирование новой системы равноправных партнерских отношений врача и медицинской сестры возможно путем:

- совершенствования преподавания норм этики и деонтологии на всех этапах обучения;
- усовершенствования системы оплаты труда врача и медсестры с учетом объема и качества предоставляемых медицинских услуг;
- разработки критериев оценки выпускников медицинского училища (колледжа), университета и при последипломной переподготовке.

В обществе известна низкая социальная защищенность медицинских работников, несовершенство правовой базы здравоохранения (1) отсутствие страхования профессионального риска, долженствующего включать СЭВ медицинского работника (профессиональный дистресс и дезадаптацию). Это способствует проявлению таких тенденций, как увеличение среднего возраста медицинской сестры, отток специалистов из отрасли после 10 лет сестринской практики. Обратная зависимость между уровнями образования, социальной защитой и материальным обеспечением работника здравоохранения неблагоприятно сказывается на его образе жизни (1).

Сестринский руководитель имеет ряд преимуществ, позволяющих ему становиться пионером и лидером перемен в будущем, идеологом непрерывного образования медицинских сестер. В подготовке главных сестер необходимо использовать следующее:

- создавать условия для получения знаний по руководству, менеджменту, лидерству с использованием различных форм учебного процесса;

- обеспечить психологическую атмосферу обучения, высокую культуру организации труда, использование материально-технической базы наиболее оснащенных учреждений здравоохранения, в них способствовать развитию традиций этики, деонтологии и уважения к личности руководителя;

- использовать в учебном процессе преподавания общественных дисциплин (социология, психология управления, политология и др.), а также опыт признанных сестринских руководителей, что значительно повысит качество и содержание практических занятий;

- добиться регистрации в штатах комитетов по здравоохранению здравоохранения специалистов по сестринскому делу из числа обученных руководителей с высшим образованием;

- расширить перечень номенклатуры должностей сестринских руководителей, что позволит в обозримом будущем решить вопросы их рационального трудоустройства и мотивации.

Таким образом, в последипломной подготовке медицинских сестер с высшим образованием должны произойти качественные изменения, базирующиеся на рациональном использовании кадрового потенциала и перспектив развития сестринского дела.

Перспективными путями решения данных проблем, на наш взгляд, являются:

1. Гуманизация отношения общества к сестринской профессии на основании:

- обучения сестринских руководителей, педагогов и наставников азам делового профессионального общения одновременно с повышением уровня внутренней самооценки медицинских сестер, начиная с колледжа и медицинского училища, далее по всем 6 этапам непрерывного образования и в процессе самостоятельной работы;

- публикации в периодических изданиях и выступления в средствах массовой информации заслуженных деятелей и ветеранов, общественных лидеров сестринской профессии о роли и значении своей деятельности для современного и будущего состояния медицинской помощи и системы общественного здравоохранения;

- повышения роли общественных объединений медицинских сестер в улучшении качества медицинских услуг посредством обеспечения охвата наибольшего числа медиков непрерывным образованием, формированием положительной их мотивации к самообразованию;

- совершенствования нормативно-правовой базы трудоустройства медицинских сестер с высшим образованием.

2. Материальное вознаграждение путем оптимизации системы оплаты в зависимости от объема, времени и качества сестринской помощи.

3. Совершенствование обучения медицинских сестер-педагогов, наставников по вопросам организации, контроля, коммуникациям (22).

4. Преподавание основ психогигиены труда на специальных курсах, проведение групповых и индивидуальных тренингов с психологом.

В целях уменьшения остроты проблем подготовки медсестер с высшим образованием необходимо:

- привлечь внимание руководителей учреждений здравоохранения к проблеме синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости у медработников (5,12);
- ввести в штатное расписание ЛПО должности психолога (при численности медработников свыше 100 чел., например);
- проведение специализированных семинаров по профилактике этих синдромов в медицинских коллективах;
- разработка нормативов нагрузки для медицинских сестер, работающих самостоятельно;
- реализовать положения «Отраслевой программы...»;
- привлечь сестринский персонал к международному сотрудничеству с общественными сестринскими организациями;
- продолжить совершенствование учебно-педагогического процесса на всех этапах образования.

С каждым годом специалистов сестринского дела с высшим образованием становится все больше. В управлениях по здравоохранению облисполкомов появились главные специалисты по сестринскому делу, таким образом, имеется реальная возможность влиять на формирование и лоббирование интересов сестринского персонала, вносить инновационные предложения, изучать новые профессиональные роли и возможности трудоустройства имеющегося кадрового резерва. Руководителям сестринского дела новой формации предстоит решать следующие актуальные задачи:

1. Назрела потребность в пересмотре термина «медицинская сестра», что связано с расширением сферы деятельности и изменением потребностей

в системах медико-санитарной помощи (13). Ключом к профессиональному совершенствованию в медсестринской практике служит образование.

2. На государственном уровне следовало бы возобновить должность главного специалиста по сестринскому делу, сформировать отдел по медсестринской практике, что позволило бы сестринскому и акушерскому персоналу оказывать влияние на национальную политику в области здравоохранения.

3. Поддержка новаторских подходов к составлению учебных программ и разработке методов обучения и усвоения материала:

- основанных на результатах анализа состояния труда врачей и медсестер, на прогнозах национальных потребностей в области здравоохранения и сестринских служб, необходимых для их удовлетворения;

- ориентированных на помощь в приоритетных направлениях развития сестринского дела и способствующих развитию навыков критического мышления и решения проблем у руководящего персонала;

- основанных на концепции первичной медико-санитарной помощи;

- соответствующих результатам современных исследований в области сестринской практики;

- приемлемых с точки зрения национальных обычаев;

- многопрофильных, содействующих при необходимости обмену знаниями и углублению взаимопонимания между представителями разных профессий.

4. Необходимо рассмотреть требования, предъявляемые к абитуриентам, поскольку профессия медицинской сестры требует самоотдачи, зрелости, способности быстро и точно оценивать и обобщать большое количество информации.

Поддержка инициатив медицинских сестер, стимулирование лидерства, совершенствование системы отбора и применение многообразных форм и уровней обучения благоприятно скажутся на будущем сестринского дела.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы роль и функции деятельности среднего медицинского персонала?

2. Назовите характеристики качества медицинской помощи, зависящие от сестер.

3. Каковы основные тенденции развития сестринского дела?

Темы рефератов

1. Состояние сестринского дела в Республике Беларусь на современном этапе.

2. Резервы развития сестринского дела и инновации в Беларуси.

3. Перспективы развития сестринского дела

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальчук Э.А., Михалевич П.Н. Организация работы среднего медицинского персонала по этапам оказания медицинской помощи //Тез.докл.плenumsа Белорусского общества терапевтов, Гомель, I ч.-1999.- с.34-35.
2. Вальчук Э.А., Пецевич Г.Е. Сестринское дело в Республике Беларусь: состояние и перспективы // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С.137-139.
3. Вальчук А.Э., Личностные особенности и специфика труда медицинских сестер // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С.246-248.
4. Вальчук А.Э., К вопросу об имидже сестринского дела // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С.243-245.
5. Волченко В.Ф. Стратегия субмарин //Предпринимательство в Беларуси-№12,2000; №1 – 2001.
6. Гарелик П.В., Жук И.Г., Иодковский К.М. Перспективы развития сестринского образования в Республике Беларусь // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С. 52-54.
7. Гончарова Г.Н., Горбачев Н.А., Упатов В.В. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения //Здравоохранение Российской Федерации-2002.-№6.-С.27-31.
8. Иодковский К.М., Хильмончик Н.Е. Высшее сестринское образование в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С.68-70.

9. Лапотников В.А. Будущее медсестринского образования в интеграции средней и высшей медицинской школ // Главн.мед.сестра.-2003.-№1.-С.11-15.
10. Лекторов В.Н., Михалевич П.Н. О приоритетах и этапах реформирования современного здравоохранения // Медицина-2003.-№1(40).-С.6-7.
11. Матвейчик Т.В. Волченко В.Ф. Формирование программы повышения творческого потенциала (школа творческого роста) Учебно-практическое пособие, изд. БелМАПО-2001.-45с.
12. Матвейчик Т.В. Волченко В.Ф. Самодиагностика и профилактика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости // Учебно-практическое пособие, изд. БелМАПО-2002.-23с.
13. Медсестринская практика. Доклад комитета экспертов ВОЗ //Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1996. – 51с.
14. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз): Автореф...дисс. д-ра мед. наук. - М., 1995. – 46 с.
15. План мероприятий по реализации "Отраслевой программы развития сестринской службы Республики Беларусь" утвержден приказом министра здравоохранения Республики Беларусь № 263 от 27 ноября 2001 г. //Медицинские знания –№ 1-2001.-с.2-4.
16. Постоляк Л.А. Состояние и перспективы развития здравоохранения Беларуси // Здравоохранение. – 2004. - №9. – С. 14-19.
17. Руденко В.П. Реформирование здравоохранения – насущная потребность и медиков и всего населения //Медицина-2003.-№1(40).-С.4-5.
18. Секун В.И., Соколова Э.А. Психологические проблемы медицинских работников // Здравоохранение.-1999.-№ 11.-С.25-27.
19. Семина Т.В., Бурцева Е.М. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование //Главн.мед.сестра.-2003.-№4.-С.59-61.
20. Соколова Э.А. Психологические проблемы руководителей и подчиненных в медицинском коллективе // Современная психология:

состояние и перспективы. Тез.докл.любил. науч.конф ИП РАН. М.:,2002.Т.2.- С. 235-238.

21. Тищенко Е.М., Забаровский Г.И., Алехнович М.В., Хмельницкая Е.В. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения в системе высшего сестринского образования // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С.112-113.
22. Хейфец А.С. Обзор и анализ инноваций в реформировании сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях России // Главн.мед.сестра.- 2002,2003.-№№10-12,1,3.
23. Хеннеси Д, Хикс С. Идеальные качества главных медицинских сестер в Европе// Медицинские знания.-2003.-№2.-С.31-32.
24. Хильмончик Н.Е. Теоретические основы сестринского дела в контексте реформирования здравоохранения // // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С. 141-142.
25. Щепин О.П., Тишук Е.А. Современные проблемы координации и взаимодействия в управлении здравоохранения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2002.-№5.-С.23-25.
26. Этические и деонтологические стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры // Производственный стандарт, Минск: БелМАПО, 2002.- 29с.