

Е.А. БОГУШ

Самарский государственный медицинский университет
Кафедра сестринского дела

РОЛЬ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕФОРМИРОВАНИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Научный руководитель – профессор С.И. Двойников

Аннотация: учитывая спрос на сестринский персонал, был проведен анализ практики главных медицинских сестер в регионах методом опроса, на основании которого, были выявлены факторы, препятствующие преобразованиям в сестринском деле. 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.

Ключевые слова: развитие сестринского дела, преобразование сестринского дела, потребительская оценка качества медицинской помощи, перспектива сестринского процесса.

Summary: Taking into account the demand for nursing staff, we analyzed the practice of chief nurses in the regions by a survey, which revealed the factors impeding reforms in nursing. The increase of the role, independence and prestige of work of medical nurses is possible by creating the standards for the professional activities of nurses in various spheres and development of existing organizational forms of nurses' work.

Keywords: development of nursing, transformation of nursing, consumer evaluation of the quality of medical assistance, the prospect of the nursing process.

Сестринское дело – составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи¹. Из многочисленных существующих определений сестринского дела наиболее широко известным и часто цитируемым является определение²:

«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»³.

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;

¹ Хейфец А.С. Обзор и анализ инноваций в реформировании сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях России // Главн. мед. Сестра. – 2012, 2013. – №10–12, 1, 3.

² Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации – 2012. – №6. – С. 27–31.

³ Лекторов В.Н., Михалевич П.Н. О приоритетах и этапах реформирования современного здравоохранения // Медицина – 2013. – №1(40). – С. 6–7.

– 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. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг в рамках как первичной медико-санитарной помощи, так 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 сдерживать рост расходов в сфере здравоохранения.

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.

Как и за рубежом, так и 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 манипуляций¹. 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 слу-

чаев 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 пациентов².

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.

В соответствии с «Отраслевой программой развития сестринского дела в Республике Беларусь» (в дальнейшем «Отраслевой программы...»)⁴ главным элементом реформирования являются высококвалифицированные кадры сестер, последипломное обучение которых осуществляют в Бел МАПО 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 подготовки² открытием в Гродненском медицинском университете факультета по высшему сестринскому образованию в 1992 году.

⁴ Руденко В.П. Реформирование здравоохранения – насущная потребность и медиков и всего населения // Медицина – 2013. – №1(40). – С. 4–5.

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^{5, 6}. 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.

Для реализации эффективной организационной деятельности сестринских кадров необходима подготовка главных медицинских сестер в современной интерпретации – профессиональных менеджеров сестринских служб⁷. 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 отечественным³ и зарубежным⁷ 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.

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.

Установлено, что 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%.

Материалы демонстрируют, что существуют причины, ухудшающие мотивацию труда главной медицинской сестры, в её личностном портрете 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^{3, 8}. При организации валеологической службы следует обратить

⁵ Лапотников В.А. Будущее медсестринского образования в интеграции средней и высшей медицинской школ // Главн. мед. сестра. – 2013. – №1. – С. 11–15.

⁶ Хильмончик Н.Е. Теоретические основы сестринского дела в контексте реформирования здравоохранения // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб. научн. работ. – 2012. – С. 141–142.

⁷ Медсестринская практика. Доклад комитета экспертов ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1996. – 51 с.

⁸ Семина Т.В., Бурцева Е.М. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование // Главн. мед. сестра. – 2013. – №4. – С. 59–61.

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.

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 республике Беларусь еще не накопило продолжительного опыта последипломного обучения.

Коллеги из Российской Федерации⁹ 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 товаров⁹.

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.

Согласно исследованиям последних лет⁴ 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 влия-

ния; 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.

Медицинское обслуживание стоит дорого, во всем мире на нужды охраны здоровья ежегодно расходуется около 2000 млрд. 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.

Организаторам здравоохранения и сестринского дела^{5, 10, 9, 11} 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 профессии⁴.

6. Адаптация молодых специалистов на рабочем месте.

7. Синдромы эмоционального выгорания и хронической усталости⁶.

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.

Организаторы общественного здоровья и преподаватели обсуждают возможные варианты специализации для сестер с высшим образованием.

Специализация по организации сестринского дела может быть по следующим направлениям: организатор сестринского

¹⁰ Соколова Э. А. Психологические проблемы руководителей и подчиненных в медицинском коллективе // Современная психология: состояние и перспективы. Тез. докл. юбил. науч. конф. ИП РАН. М., 2012. Т.2. – С. 235–238.

¹¹ Щепин О. П., Тишук Е. А. Современные проблемы координации и взаимодействия в управлении здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №5. – С. 23–25.

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.

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 сестра⁹. 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.

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 некачественному 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.

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 долженствующей 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.

В обществе известна низкая социальная защищенность медицинских работников, несовершенство правовой базы здравоохранения 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 жизни².

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.

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^{4,1};

– 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 связа-

но с расширением сферы деятельности и изменением потребностей в системах медико-санитарной помощи¹⁰. Ключом к профессиональному совершенствованию в сестринской 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.