**Введение**

Сестринское дело и сестринское образование – область исследований и разработок, направленных на развитие теории и практики сестринского дела. Развитие высшего сестринского образования становится всё более существенным для совершенствования стандартов здравоохранения, образования, науки, экономики, равно как и качества жизни вообще.

Сестринский персонал составляет самую многочисленную категорию работников отрасли и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи.

Вместе с тем, система здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров, малоэффективного использования сестринского персонала в практическом здравоохранении, что оказывает существенное влияние на качество медицинской помощи.

 Инновационный опыт организации сестринского дела показывает, что деятельность сестринского персонала меняется, и на смену традиционной практике медсестер в больницах приходят новые виды помощи, связанные не только с болезнями или патологическими состояниями, но и с проблемами сохранения и поддержания индивидуального и общественного здоровья.

В условиях реструктуризации предоставления медицинской помощи населению стратегия развития сестринского дела должна соответствовать меняющимся потребностям здравоохранения, быть социально-приемлемой, при этом гарантировать высокое качество оказания медицинской помощи населению.

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

* развитием первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения;
* реструктуризацией лечебно-профилактических учреждений, направленной на сокращение сроков пребывания в круглосуточном стационаре;
* расширение объемов помощи на дому;
* увеличение реабилитационных мероприятий;
* формированием больниц-отделений с различной интенсивностью лечения и ухода;
* внедрением хосписов и оказанием паллиативной помощи инкурабельным больным.

Укомплектованность сестринским персоналом по РФ составляет РФ-96,5%. Обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 000 населения по РФ-96,7%.

Окончательно сформировалась многоуровневая система непрерывного образования, которая обеспечивает дифференцированную подготовку сестринских кадров в зависимости от потребностей здравоохранения, гарантирует соответствующую квалификацию и компетентность при решении профессиональных задач.

В связи с переходом первичного звена на систему семейной медицины ведется целевая подготовка среднего медицинского персонала для общей врачебной практики.

Важным фактором повышения качества медицинской помощи населению является система непрерывного образования средних медицинских работников, призванная обеспечить рост профессиональной квалификации медицинских сестер.

Качество сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, технологий и стандартов практической деятельности сестринского персонала.

С целью дальнейшего развития здравоохранения в Российской Федерации необходима продуманная стратегия развития и совершенствования сестринского дела в отрасли. Для этого необходимо:

* создать условия для развития и совершенствования сестринского дела;
* совершенствование системы подготовки, повышения квалификации и использования сестринских кадров в соответствии с полученным уровнем образования
* совершенствование системы управления сестринской деятельностью;
* развитие новых организационных форм и технологий сестринской деятельности, расширение видов и объемов сестринской помощи;
* увеличение объема профилактической деятельности сестринского персонала;
* обеспечение развития научных исследований в сестринском деле;
* повышение профессионального и социального статуса сестринского персонала;
* содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечение их к реформированию сестринского дела.

На сестринский персонал возлагается обязанность обеспечить обучение населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами, что позволит облегчить решение ряда медико-социальных проблем силами населения и самих пациентов, а также повысить эффективность деятельности специальных служб в условиях чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий.

Необходимо расширять участие сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи: дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, консультативно-диагностических службах и службах ухода на дому. Следует распространить практику ведения планов сестринского ухода и документирования деятельности сестринского персонала. Требуется дальнейшее развитие и совершенствование службы патронажной помощи, развитие паллиативной и хосписной помощи.

Определяющая роль в организации всех направлений деятельности сестринского персонала принадлежит руководителям сестринских служб различных уровней: старших сестер отделений, главных медицинских сестер лечебно - профилактических учреждений, главных специалистов по сестринскому делу органов управления здравоохранением.

Развитие и совершенствование основных направлений деятельности сестринского персонала должно сопровождаться научным обеспечением. Кроме того, для успешной реализации намеченных направлений должна быть четко продумана и обеспечена система взаимодействия и сотрудничества сестринского персонала с врачами, другими специалистами и службами.

В условиях развития рыночных отношений и бюджетно-страховой медицины качество и безопасность медицинской помощи, эффективность предоставляемых населению медицинских услуг в значительной степени зависят от организации и системы управления медицинской помощью.

Требует совершенствования система управления сестринскими службами на всех уровнях с рациональным распределением задач и полномочий сестер-руководителей.

Необходимо принятие мер по формированию модели управления сестринской деятельностью на республиканском и муниципальном уровнях, создание Совета по сестринскому делу при органах управления здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях.

Необходимо проведение планомерной работы по укомплектованию старших медицинских сестер специалистами с повышенным уровнем образования, главных медицинских сестер (фельдшеров, акушерок) специалистами с высшим сестринским образованием, введение должности заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом (специалисты с высшим сестринским образованием) в крупных многопрофильных больницах.

Требуется принятие мер по повышению роли главных медицинских сестер в управлении сестринским персоналом, пересмотр их должностных инструкций и освобождение от выполнения несвойственных им функций.

Повышению качества сестринской помощи будет способствовать осуществление комплекса мероприятий по стандартизации и лицензированию лечебных учреждений.

Разработка и внедрение стандартов профессиональной деятельности сестринского персонала должны обеспечить четкую организацию работы сестринских служб.

Культура сестринского дела, этические нормы поведения, уважение прав пациента должны стать основой профессиональной деятельности сестринского персонала во всех ее организационных формах.

**Санитарно-эпидемиологический режим.**

Согласно приказу № 288 "О санитарно-эпидемиологическом ре­жиме лечебно-профилактического учреждения" проводится убор­ка помещений, кабинетов дезсредствами 2 раза в день с последую­щими 15-минутным кварцеванием и проветриванием. Исключение составляют манипуляционные кабинеты, где про­водится 3-кратная уборка с дезсредствами.

 Еже­недельно проводится генеральная уборка. Правило проведения ге­неральной уборки: составляется график, в котором отмечаются но­мер кабинета, срок проведения, дата фактического проведения, ставится подпись, утверждается заведующим отделением и стар­шей медсестрой.

Перед проведением генеральной уборки все предметы, находя­щиеся в кабинете или палате, сдвигаются на середину. Уборка проводится в защитной одежде: халат, обувь, респиратор, защитные очки, клеенчатый фартук, шапочка, перчатки. Стены отмываются 1%-ным мыльным содовым раствором, а затем 5%-ным раствором хлора­мина орошаются стены и полы сроком на 1 ч. Через 1 ч стерильной ветошью смывается хлорамин и кварцуется 2 ч. Генераль­ная уборка проводится в течение 4—5 ч.

Инновации

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 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.

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.

# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС И ПРОБЛЕМЫ ЕГО ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

Проведение реформ здравоохранения невозможно без развития сестринского дела, которое охватывает вопросы укрепления здоровья, профилактики заболеваний, а также предоставление помощи больным и инвалидам. Целью начавшегося в 90-х годах реформирования сестринского дела является становление его как самостоятельной специальности и превращение медицинской сестры из простого манипулятора в высокообразованного профессионала, осуществляющего свою деятельность в соответствии с принципами сестринского процесса.

Сестринский процесс - это способ организации сестринской деятельности, основанный на научных принципах и состоящий из последовательно сменяющих друг друга взаимосвязанных этапов, которые позволяют медицинской сестре, используя свои профессиональные знания и умения, обеспечивать качественный уход за пациентом.

Внедрение сестринского процесса в деятельность лечебно-профилактических учреждений требует значительных усилий со стороны всего медицинского персонала, поэтому решение о реформировании должно быть поддержано большинством медицинских сестер и врачей.

Как показывает исследование, основные трудности, встречающиеся на пути реформаторов, связаны с чрезмерной нагрузкой на медицинскую сестру, низкой заработной платой и дефицитом кадров среднего медицинского персонала. Однако вселяет оптимизм то, что лишь около 3 % медицинских сестер, из учреждений в которых сестринский процесс уже внедрен, указывают на отсутствие желания применять его в практической деятельности.

Этапы внедрения сестринского процесса аналогичны тому, что медицинская сестра выполняет в ходе его реализации, а именно: анализ ситуации (обследование), выявление проблем, планирование, реализация и оценка эффективности.

Наша деятельность будет наиболее эффективной, если мы тщательно проанализируем существующее положение, оценим имеющиеся у нас возможности и ресурсы.

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Санитарное просвещение - обязательный раздел деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональная обязанность каждого медицинского работника. Это естественно, поскольку роль личностного (поведенческого) фактора велика в предупреждении заболеваний, в раннем обращении за медицинской помощью. Этот фактор влияет на сроки выздоровления, эффективность долечивания и восстановления трудоспособности и на предупреждение обострении заболеваний. В настоящее время положения о лечебно-профилактических учреждениях всех типов (поликлинике, амбулатории, больнице и т. д.) предусматривают работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения.

Санитарно-просветительная работа в лечебно-профилактическом учреждении представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание различных контингентов населения и органически связанных с деятельностью лечебно-профилактических учреждений. Санитарно-просветительная работа проводится в соответствии с местными условиями и задачами, стоящими перед различными типами лечебно-профилактических учреждений. Общее руководство и контроль за организацией и проведением санитарно-просветительной работы осуществляет главный врач лечебно-профилактического учреждения, который должен обеспечивать активную работу врачей и средних медицинских работников по санитарно-гигиеническому воспитанию населения как в стенах самого лечебно-профилактического учреждения, так и на обслуживаемой территории. Каждый медицинский работник, помимо проведения индивидуальных бесед с больными и их родственниками в процессе оказания лечебно-профилактической помощи, обязан ежемесячно 4 часа своего рабочего времени затрачивать на проведение групповых и массовых форм санитарно-просветительной работы. В санитарно-просветительной работе выделяют 3 основных звена: санитарное просвещение в поликлинике, стационаре и на участке . Санитарное просвещение в работе амбулаторно-поликлинических учреждений. Усиление профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, расширение масштабов профилактических осмотров и диспансерного наблюдения, постепенный переход к диспансеризации всего населения оказывают влияние на организацию и формы проведения санитарно-просветительной работы. Для привлечения населения на медицинские профилактические осмотры применяют аккордное санитарно-просветительное воздействие, т. е. ударную, кратковременную, массированную информацию о целях, задачах и практической значимости диспансеризации. Это обеспечивается: -агитационно-информационным санитарно-просветительным воздействием наглядными средствами (плакаты, лозунги и т. д.), экспонируемыми по месту жительства населения и непосредственно в самой поликлинике; - разъяснением и убеждением с помощью печатной информации (листовки-приглашения, тематические памятки); Чтением лекций, разъясняющих существо диспансерного метода обслуживания населения; демонстрацией тематических санитарно-просветительных кинофильмов и т. д. Цель данной работы - выработать у населения обслуживаемой территории адекватное отношение к профилактическим мероприятиям и готовность активно в них участвовать.

Аверин, А. В. Сестринские инновации в психиатрической клинике / А. В. Аверин, А. Б. Козлов, Л. Г. Ронжина // Мед. сестра. - 2007. - № 1.