

# Роль медицинской сестры в новой модели здравоохранения

**В.В. Сайфетдинова**

Национальная ассоциация организаций и управленцев сферы здравоохранения  
e-mail: V.Sayfetdinova@outlook.com

## Информация об авторе

Сайфетдинова Влада Валериевна, врач-хирург, к.м.н, организатор здравоохранения более 18 лет, экс-медицинский директор Фонда Международного Медицинского кластера, эксперт Национальной ассоциации организаций и управленцев сферы здравоохранения, сертифицированный независимый директор, спикер международных и российских медицинских конференций и форумов.

## Резюме

P4 Medicine – это конвергенция системной медицины, больших данных, здравоохранения и социальных сетей, ориентированных на пациентов (потребителей). Обратите внимание, что вся концепция строилась на основе совместной работы медицинских работников всех уровней и пациента ради сохранения его здоровья. Основная идея концепции 4P-медицины – предоставить все имеющиеся возможности фундаментальной науки конкретному пациенту. С 2010 года концепция дополнилась еще одним параметром. Прецизионная – прицельно точная, ориентирующаяся на минимальные медикаментозные вмешательства в организм пациента при максимальном использовании возможностей самого организма к восстановлению! Именно в такую медицину сегодня хотят верить пациенты. И именно на такую медицину настраивается медицинское сообщество и государство. Поэтому необходимо озвучить запрос на подготовку медицинской сестры будущего, наделенной новыми знаниями и новыми полномочиями.

**Ключевые слова:** превентивная медицина, рост осознанности пациента в вопросах своего здоровья, новая модель здравоохранения, роль медицинской сестры в трансформации, требования к профессиональной подготовке медицинской сестры будущего.

**Для цитирования:** Сайфетдинова В.В. Роль медицинской сестры в новой модели здравоохранения. Медицинская сестра, 2021; 7 (23): 10–14, DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-07-02>

## The nurse's role in the new healthcare model

V.V. Sayfetdinova

National Association of Healthcare Organizations and Governors

## Information about the authors

Vlada V. Saifetdinova, surgeon, PhD, healthcare manager, ex-medical director of the International Medical Cluster Foundation, expert of the

National Association of Healthcare Organizations and Managers, certified independent director, speaker of international and Russian medical conferences and forums.

## Abstract

4P-Medicine is a convergence of systems medicine, big data, healthcare and social media focused on patients (consumers). Please note that the whole concept was built on the basis of the joint work of medical workers of all levels and the patient in order to preserve his health. The main idea of the concept of 4P-medicine is to provide all the available possibilities of fundamental science to a specific patient. Precision - sighting accurate, focusing on minimal medical interventions in the patient's body with the maximum use of the body's own recovery capabilities! It is in this kind of medicine that patients want to believe today. And it is precisely for such medicine that the medical community and the state are tuned in. Therefore, it is necessary to voice the request for the training of the nurse of the future, endowed with new knowledge and new powers.

**Key words:** preventive medicine, increased patient awareness of their health issues, a new model of healthcare, the role of a nurse in transformation, requirements for the professional training of a nurse of the future.

**For citation:** Sayfetdinova V.V. The nurse's role in the new healthcare model. The Nurse, 2021; 7 (23): 10-14,

DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-07-02>



Для врача главное – поставить диагноз. Это было определено еще Гиппократом 2500 лет назад. Наличие диагноза позволяет врачу назначать терапию, диету, прогнозировать осложнения. Но диагноз – это болезнь, а человека интересует здоровье! Здоровье – это не только состояние отсутствия болезни, но и полного благополучия: физического (тело), психического (дух, мозг), социального (занимаю то место, которое я хочу), финансового (возможность сделать то, что я хочу).

Благополучия во всех четырех позициях. Между этими двумя понятиями дистанция огромного размера. И при перемещении из здоровья в болезнь в этой технологической цепочке существует пограничное третье состояние в качестве понятия технологии восстановления. Превентивная медицина – это медицина состояния здоровья и технологий здоровья! Профессор Лерой Худ – американский генетик, автор концепции 4P-медицины (2008 г.) утверждает, что P4 Medicine – это конвергенция системной медицины, больших данных, здравоохранения и социальных сетей, ориентированных на пациентов (потребителей). Обратите внимание, что вся концепция строилась на основе совместной работы медицинских работников всех уровней и пациента ради сохранения его здоровья. Основная идея концепции 4P-медицины – предоставить все имеющиеся возможности фундаментальной науки конкретному пациенту. С 2010 года концепция дополнилась еще одним параметром. Прецизионная – прицельно точная, ориентирующаяся на минимальные медикаментозные вмешательства в организм пациента при максимальном использовании возможностей самого организма к восстановлению! Именно в такую медицину сегодня хотят верить пациенты. И именно на такую медицину настраивается медицинское сообщество и государство.

И вот здесь как раз, наряду с методами традиционной медицины, могут быть использованы методы интегративной медицины, которые направлены на активизацию внутренних ресурсов на самовосстановление.

Эти тенденции активно поддержаны российским государством, и это не случайно! Ни для кого не секрет, что идет существенный рост затрат на здравоохранение, малая эффективность существующих практик при неинфекционных заболеваниях, высокая зависимость тяжести течения COVID-19 от исходного состояния здоровья. Среди законодательных инициатив стоит отметить распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2580-р, где принцип персонализации медицины включен в Стратегию развития медицинской науки в РФ на период до 2025 г.: «Персонализированную медицину определяют, как быстро развивающуюся область здравоохранения, основанную на интегрированном, координированном и индивидуальном для каждого пациента подходе к анализу возникновения и течения заболеваний, или интегральную медицину, которая включает разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирование на предрасположенность к болезням, профилактику, объединение диагностики с лечением и мониторинг лечения». В рамках утвержденного председателем Правительства РФ в 2014 г. Прогноза научно-технологического развития России на период до 2030 г. отмечено, что персонали-

зированная медицина является перспективной моделью развития здравоохранения в России. В 2018 году вступил в силу Приказ МЗ РФ № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». Концепция 4P-медицины является не столько революцией, сколько этапом эволюции современной модели здравоохранения. Потребуется полная скоординированность науки, практической медицины, наличие централизованного механизма управления и широкой информационно-просветительской работы, что позволит комплексно подходить к решению организационных задач по формированию новой модели здравоохранения на основе 4П-медицины.

Здесь уместно привести высказывание Эрика Тополя из книги «Будущее медицины», которое отражают те тенденции, которые должны наблюдаться в пациентском сообществе: «Улавливание сигнала задолго до того, как появляются какие-либо симптомы, зависит от человека, а не от ежегодных посещений врача». Эту же мысль поддерживает Эмма Хилл, редактор журнала «The Lancet»: «Каждый пациент – своего рода эксперт, а его специализация – он сам и его жизнь».

Жизнь показала, что такие изменения – дорога с двухсторонним движением. Без изменения осознанности пациента быть ответственным за свое здоровье говорить о развитии превентивной медицины бессмысленно! Поскольку 50% здоровья – это образ жизни, включая физическую активность, питание, ментальное здоровье, управление стрессом и т.д. Это подтверждено официальной медицинской статистикой, данными ВОЗ и нашим ощущением жизни в текущей реальности. Но сегодня к сожалению, только 12% населения – приверженцы здорового образа жизни, хотя пациентские тенденции в отношении к своему здоровью стремительно меняются как следствие большого числа предпосылок, и не только из-за эпидемиологической обстановки, но и в результате роста персональных затрат на лечение. Мы можем наблюдать рост внимания к физическому и ментальному здоровью, проактивный подход к профилактике и лечению, индивидуально подобранный рацион питания и активности, курс на здоровое старение, внимание и доверие превентивным мерам (вакцинация, генетические исследования и врачебные решения, направленные на стабилизацию иммунной системы), отслеживание своих медицинских данных и хранение (приложения, умные носимые устройства и т.д.), но самое главное во всей этой цепочке – готовность платить за услуги превенции. Но такие масштабные изменения в системе здоровьеобеспечения невозможны без трансформации медицинского сообщества, которые должны включать следующие направления:

– перестройка системы подготовки врачей и среднего медицинского персонала (помимо профильных

дисциплин будут изучаться, например, диетология и психология для понимания комплексных особенностей организма и помогать человеку оставаться в здоровом состоянии как можно дольше), предоставление медицинским сестрам основ данных дисциплин в колледжах;

– рост спроса на новые специальности, связанные с обработкой больших данных, например, консультации профильного врача по мониторингу и интерпретации данных, получаемых с различных носимых устройств по контролю здоровья. В связи с этим «увеличится запрос на таких специалистов, как терапевт-кардиолог, терапевт-эндокринолог, аллерголог-иммунолог, обладающих навыками расшифровки цифровых данных, а также навыками эффективной коммуникации с пациентом»;

– дефицит медицинских материалов, написанных доступным для пациента языком, делает востребованной профессию «переводчика с медицинского на русский». Сейчас эту нишу заполняют медицинские журналисты и популяризаторы науки. А вот как раз сестринский персонал мог бы доносить для пациентов все особенности медицинского языка.

Не случайно возник термин «виртуальная социализация» – процесс качественных изменений потребностно-мотивационной сферы индивидуума, а также структуры самосознания личности, происходящий под влиянием и в результате использования человеком современных информационно-коммуникационных и компьютерных технологий в контексте жизнедеятельности. Продвигать здоровый образ жизни, информировать людей о рисках – всё это делают соцсети. В результате люди активнее задумываются о своём здоровье, находят мотивацию для профилактики и лечения, делают осознанный выбор и принимают на себя ответственность за своё здоровье.

Поэтому необходимо озвучить запрос на подготовку медицинской сестры будущего, наделенной новыми знаниями и новыми полномочиями. Возможно стоит подумать над тем, чтобы вооружить сестринский персонал знаниями о механизмах профилактики здоровья, дать право заниматься изменением осознанности людей в вопросах здоровья. Подобный опыт достаточно хорошо развит на Западе. Мы же подчас упираемся в ограничения нашей нормативно-правовой базы.

Для реализации такого подхода необходимо изменение сознания, отношения к профессии всех участников здравоохранения: врача, менеджмента, медицинской сестры. Причем наибольшее количество времени с пациентом, особенно в стационаре, в реабилитации контактирует именно средний медперсонал. Это огромная работа над своими привычками, сложившейся практикой поведения и ответной реакции. Но всегда ли это зависит только от личных усилий?

Хочется отметить, что медицинская сестра – это такой же человек, со своими эмоциями, переживаниями, трудностями в обычной жизни. От ее характера, типа личности зависит и ее отношение к работе, к пациентам. Еще в 1983 году известный психотерапевт И. Харди выделила 6 наиболее часто встречающихся типа медицинских сестер с акцентом на психоэмоциональный склад, отношение к работе и пациентам. Считаю, что процесс подготовки в такой профессии должен быть сопряжен с психологическим тестированием, затем в ходе обучения – внедрением практик регуляции психической деятельности и текущей психологической поддержкой в ходе работы. Если рассмотреть психотипы медицинских сестер в соответствии с классификацией, то можно увидеть ряд свойственных каждому типу черт.

Наиболее, наверное, комфортный тип «глазами пациента» – это сестра материнского типа с максимальным проявлением заботы и сочувствия к пациентам, у которой ничего не остается без внимания. Ее жизненное кредо – забота, забота о пациентах. Неслучайно их называют ласково «сестричка». И эта теплота распространяется на всех окружающих людей, родственников пациентов, сотрудников. Взаимодействие с пациентами и для нее самой является жизненно необходимым. Эта группа обладает выраженной эмпатией, развитым эмоциональным интеллектом. Они устанавливают дружеские доверительные отношения, позволяющие вовлекать пациентов в процесс лечения, делая его соучастником на пути выздоровления.

Ее полный антипод – сестра «нервного» типа, которая вспыльчивая, раздражительная. Ей почему-то кажется, что ее усилия не оцениваются должным образом, она готова это обсуждать со своими коллегами по работе, при этом вовлекать окружающих в обсуждение личных проблем как пациентов, так и коллег по работе, становясь источником конфликта и некорректного поведения. Этому типу свойственна брезгливость и нежелание работать особенно со старшей возрастной категорией пациентов. Автор упоминает о том, что таких людей не желательно вообще пускать в эту профессию, но к сожалению, из-за дефицита специалистов, да и вообще системы приема, обучения этому аспекту (соответствие профессии) вообще не уделяется внимание в существующих реалиях здравоохранения. Тестирование на профпригодность, насколько я знаю, делают сейчас только продвинутые частные клиники, которые стремятся конкурировать за качество, сервис, а также пациентскую лояльность.

Среди классических типов медсестер выделяют так называемую сестру-рутинера, которая аккуратно выполняет все свои обязанности, строго следует инструкциям и правилам, проявляет усердие, ловкость и умение в уходе за больными. Казалось бы,

чего можно желать от такого сотрудника? Ты можешь быть уверен, что все что зависит от нее она выполняет замечательно. Но этой категории специалистов среднего звена, как правило, не свойственно соперничество, сочувствие к болеющим людям. И порой это врожденное чувство, слабый эмоциональный интеллект, а порой просто отсутствие правильной подготовки, полученной на всех этапах обучения. И это тоже предмет для анализа организаторов здравоохранения, специалистов системы подготовки среднего персонала.

Но здесь важно отметить, что в текущих условиях это может оказаться следствием выгорания, перегрузки того количества сестер, которые работают в системе здравоохранения.

В России на одного врача в среднем приходится 2,1 человека среднего медицинского персонала, что является одним из самых низких показателей по сравнению с другими странами (для примера, в Люксембурге и Швейцарии, это 6 человек на 1 врача, во многих европейских странах этот показатель варьирует от 3,3 до 4,1 человека). В течение последнего десятилетия общее число среднего медицинского персонала стало незначительно снижаться. Это наиболее заметно в таких узких специализациях, как например, лаборанты, акушерки. А в сегодняшней ситуации наиболее дефицитным становятся даже процедурные и операционные сестры. Сами же специалисты говорят о том, что только одна пятая остаются в профессии после выпуска, сама профессия не популярна, низко оплачиваема.

В противовес сестре с рутинным подходом к пациенту мы можем наблюдать сестру артистического типа, которая играет заученную роль. Очень часто можно заметить молодых медицинских сестер, которые только вступили в профессию, еще достаточно малоопытны, но они избрали себе как образ некий сложившийся у них «идеал», образ спасительницы, порой ангела. Чем больше они вовлекаются в эту роль, тем более она становится искусственной. В поведении исчезают искренность, непосредственность, открытость и появляются наигранность. Элементы возвышенности безусловно нужны и необходимы, но такая позиция не прибавляет пациенту заботы, сопереживания, вовлечения в его проблемы.

Еще один тип – это сестра так называемая «сильная личность». Это гроза больных. Заслышав ее шаги в коридоре или громкий требовательный голос, пациента побыстрее стараются привести в порядок свои тумбочки и кровати, убрать лишние вещи. Такая сестра любит порядок, четкость и дисциплину. И здесь также на первый план выходит профессиональный отбор. Если изначально это человек с высокой культурой, правильными установками (в том числе и моральными) в жизни, из них выходят прекрасные организаторы и это будет суще-

ственным плюсом для любого отделения, любой больницы. Если же к сожалению, будет дефицит культуры, то несмотря на ответственность и четкость, резкость и грубость с пациентами будет скорее минусом для культуры больницы, атмосферы в этом учреждении. И вряд ли пациент будет восторженно рассказывать своим знакомым как чисто и комфортно ему было в этом месте. Как бы ни соблюдались стандарты оказания медицинской помощи, какими бы ни были высокими показатели излечиваемости, ранней диагностики, но молва человеческая не будет вести сюда пациента. Конечно, в условиях отсутствия конкуренции между клиниками, отсутствия выбора у пациента, этому не будет уделено должного внимания. Но если деньги будут строго следовать за пациентом, за его желанием получить помощь в том или ином месте, сарафанное радио сыграет свою роль.

Есть еще один интересный тип медицинских сестер (впрочем этот тип личности есть в любой профессии, в том числе и не медицинской) это сестра-специалист. У них есть желание развивать узкоспециализированные знания в какой-то конкретной области, причем погружаясь в это направление, они достигают наилучших результатов и показателей. Про таких часто говорят, мастер своего дела. Многие из них посвящают свою жизнь избранному делу, работая в кабинетах физиотерапии, функциональной диагностики, различных лабораториях. И тут им нет равных. Все четко, наивысшего качества, скорости, профессионализма.

Руководителю учреждения, главной медицинской сестре было бы полезно дифференцировать этот тип личности вначале, не заставляя их заниматься неинтересной, мало привлекательной для них работой, постоянно подменяя друг друга в смены в моменты загрузки. Это может привести к выгоранию, потере интереса к профессии и потере этого специалиста для пациентов и клиники в целом. Мы не раз на собеседовании на позиции администраторов, сотрудников коммерческого отдела видели таких девушек, которые начинали сомневаться в своем предназначении и пытались найти себя в других отраслях или направлениях деятельности. И порой потому, что их заставляли делать те вещи, которые не приносили им удовлетворения и удовольствия.

Приведенные психотипы могут быть очень эффективно встроены в разные направления поддержки и лечения пациента, оказавшись на своих местах. Однако современная модель здравоохранения не предусматривает оценки психотипа персонала, подбора ему оптимального места работы. А некоторые направления без четкого психотипирования вряд ли вообще могут быть эффективны. Таким примером могут быть пансионаты для пожилых людей или стационары для тяжелобольных онкологических больных. Основная черта

сотрудников для этих направлений -это сопереживание и соучастие чужой боли.

Историческим примером такого отношения к больным людям может стать Марфо-Мариинская обитель милосердия, которая была основана в 1909 году княгиней Елизаветой Фёдоровной. Как сказано во Временном уставе обители труд сестер обители милосердия должен был помогать больным и бедным, а также оказывать помощь и утешение страждущим и находящимся в горе и скорби. В 1909 году в монастыре находились лазарет-убежище для раненых русско-японской войны, лечебница для больных, преимущественно бедных, из числа тех, за которыми сестры обители ухаживали во время своей работы в городе.

Процессу вовлечения во все аспекты лечения пациента способствует разделение ответственности со всеми уровнями медицинской организации, повышение значимости вклада медицинской сестры в конечный результат выздоровления, наделение большими полномочиями. Но по-прежнему сфера ответственности среднего медицинского персонала в России гораздо уже, чем в других странах. Например, в них не входит даже первичная диагностика. Это значительно снижает профессиональную ответственность сестринского персонала в целом. В странах Европейского Союза средний медицинский персонал выступает в качестве помощников врачей с широким кругом обязанностей от первичной диагностики до ассистирования на более поздних этапах лечения пациентов.

Низкий уровень квалификации напрямую связан с низким уровнем начального образования и формального характера программы сертификации. К сожалению, основное обучение практическим навыкам медсестер проходит уже на пациентах. После колледжа сестра приходит абсолютно не подготовленной к работе. Если в Москве еще хотя бы аспекту отработки практических навыков уделяется должное внимание за счет наличия симуляционных центров, то говорить о такой роскоши в регионах не приходится. Неслучайно Департамент здравоохранения Москвы наращивает количество и качество таких образовательных центров.

Еще одно практическое наблюдение. Очень часто медицинская сестра воспитывается врачом, какой врач, такая и медсестра. Хорошую медсестру нужно создать, прививая ей правильное целеполагание. А зачастую при дефиците вообще медицинских работников, это уходит на задний план. Задача – хоть как-то справиться с нагрузкой. Многие врачи замечают, как ценны хорошие медицинские сестры.

В колледжах очень мало внимания уделяется обучению навыкам работы с людьми и коммуникации, причем это в целом проблема системы на всех уровнях (менеджмент, врачи, сестры).

При схожей продолжительности образования медсестер в России хуже, чем в других странах из-за огра-

ниченной практической подготовки. Основной спектр внимания теоретической подготовке. Практическая подготовка – это, скорее, маленькое дополнение. В то же время в европейских странах на практику и теорию выделено практически равное количество часов.

Ситуацию могут исправить безусловно развитие постдипломного образования, обучение на рабочем месте.

Ситуация с новой коронавирусной инфекцией создала дополнительный прессинг на данное звено здравоохранения. Медицинские сестры остаются на самой передовой в вопросах спасения человеческих жизней. Многие, кто справился в стационарах с этой инфекцией, отмечали, что именно сестры настраивали человека на выздоровление, поднимали оптимизм в самых сложных ситуациях. За короткий промежуток времени сотрудники стали настоящими профессионалами психологической помощи. Но на их плечах оставались вопросы исполнения всех назначений, соблюдение требований санитарно-эпидемиологического режима, поддержки врачей. Они же контактировали при необходимости с родственниками.

В настоящее время усилия ответственных лиц должны быть направлены на исправление ситуации, связанной с низким престижем данной специальности. Расширение программ обучения, развитие дополнительных навыков и предоставление нового уровня полномочий будет способствовать тому, что в профессию будут приходить новая молодежь, умная, творческая, с высоко развитой эмпатией. Как писал Р.Б. Фуллер: «Борясь с существующей реальностью, вы ничего не измените. Чтобы прийти к переменам, создайте новую модель, тогда необходимость в старой отпадет сама собой».

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья не имеет спонсорской поддержки.

The author declares no conflict of interest.

The article is not sponsored.

#### Литература:

1. Амлаев К., Дахкильгова Х. Меры по повышению грамотности в вопросах здоровья. *Врач*, 2018; (12): 83-87 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-21>
2. Амлаев К., Зафирова В., Степанова Е. Отношение девушек Ставрополя к официальной медицине и профилактике заболеваний. *Врач*, 2015; (1): 87-88
3. Амлаев К., Хорошилова Е. Управление социально-экономическими детерминантами здоровья на различных уровнях. *Врач*, 2018; (1): 85-87 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-01-27>
4. Кошель В., Амлаев К. Результаты оценки некоторых аспектов профессиональной деятельности врачей городских поликлиник. *Врач*, 2018; (2): 80-82 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-02-22>