

Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова

УДК: 614.253.52: 37.018.46(574)

На правах рукописи

КАШАФУТДИНОВА ГУЛЬЖАХАН ТЕМИРБУЛАТОВНА

**Концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в
Республике Казахстан**

6D110200 - Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты

доктор медицинских наук,
профессор Аканов А.А.,

доктор медицинских наук,
Турдалиева Б.С.,

Ph.D. профессор
Гржибовский А.М.

Республика Казахстан
Алматы, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
1.1 Расширение сестринской практики и инновационные технологии в сестринском деле	10
1.2 Роль сестринского дела в повышении эффективности и улучшении качества медицинской помощи	13
1.3 Модели сестринского ухода и их практическое применение	15
1.4 Особенности подготовки сестринских кадров за рубежом и в Казахстане	24
1.5 Особенности управления сестринским делом	29
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
3 КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ	
3.1 Анализ нормативно-правового обеспечения сестринского дела ...	46
3.2 Анализ кадрового обеспечения сестринского дела	48
3.3 Социологическая оценка социально-демографических и профессиональных аспектов деятельности медсестер практического здравоохранения	57
3.4 Социологическая оценка качества сестринской помощи	64
4 СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ	
4.1 Социологическая оценка готовности студентов медицинского колледжа к профессиональной деятельности	69
4.2 Социологическая оценка готовности студентов медицинского университета к профессиональной деятельности	73
4.3 Социологическая оценка системы повышения квалификации специалистов сестринского дела	78
5 СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИМ ДЕЛОМ	
5.1 Структура управления сестринским делом	85
5.2 Особенности управленческой деятельности руководителей сестринских служб	90
5.3 Социологическая оценка рабочей среды руководителей сестринских служб	94
5.4 Уровень управленческих навыков руководителей сестринских служб (по результатам самооценки)	98
6 КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	
6.1 Сравнительный анализ стратегий и концепций развития сестринского дела в Казахстане	103
6.2 Определение объема управленческих навыков медсестры-	109

менеджера (руководителя сестринских служб)	
6.3 Экспертная оценка делегирования ряда врачебных функций медицинским сестрам	117
6.4 Концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Республике Казахстан	120
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	125
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	136
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	147

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АПО	амбулаторно-поликлиническая организация
АМК	Алматинский медицинский колледж
АГИУВ	Алматинский государственный институт усовершенствования врачей
БСУ	больница сестринского ухода
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ВШОЗ	Высшая Школа общественного здравоохранения
ГОСО	государственный общеобязательный стандарт образования
ДИ	доверительный интервал
ИСД	Институт сестринского дела
КазНМУ	Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова
МО	медицинская организация
МОН РК	Министерство образования и науки Республики Казахстан
МОТ	Международная Организация Труда
МП	медицинская помощь
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МПСЗ	медицинский персонал среднего звена
МСМС	Международный Совет медицинских сестер
МТСЗН	Министерство труда и социальной защиты населения
НИИ	научно-исследовательский институт
НПА	нормативно-правовые акты
НЦ	научный центр
ООН	Организация Объединенных Наций
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПП РК	Постановление Правительства Республики Казахстан
РК	Республика Казахстан
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
РМК	Республиканский медицинский колледж
СД	сестринское дело
СОП	стандарт операциональных процедур
СУЗ	среднее учебное заведение
ТУП	типовой учебный план

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Во всех развитых странах медицинские сестры и акушерки составляют большую часть специалистов первичного звена здравоохранения и являются основными исполнителями в системе профилактики заболеваний, реабилитации и восстановительного лечения, интегрированного медицинского ухода, медико-социальной и медико-психологической помощи.

Доказано в научных исследованиях и стал объективной закономерностью в развитии здравоохранения многих зарубежных стран тот факт, что квалифицированные медсестры или акушерки могут частично заменять врачей при предоставлении медицинской помощи. Так, установлено, что «выполнение 25-70% работы врачей, в зависимости от конкретной задачи, вполне под силу медсестрам или другим профессионалам» [1-2].

Политика сдерживания затрат и возрастающие требования к здравоохранению в мире стимулируют поиск новых организационных моделей управления сестринской помощью, которые предусматривают максимальное использование имеющихся ресурсов, обеспечивая при этом безопасную, высококачественную помощь.

Расширение роли медсестер и акушерок может сохранить или повысить результативность лечения при сокращении уровня расходов на медицинскую помощь [3-4]. Так, результаты одиннадцати рандомизированных контролируемых исследований показали, что увеличение штата квалифицированных медсестер привело к уменьшению сроков пребывания пациентов в больнице (M.Butler at al, 2011). А в пяти рандомизированных контролируемых исследованиях по изучению делегирования некоторых врачебных полномочий медицинским сестрам, установлено, что при тех же результатах лечения удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи была выше в центрах первичной медико-санитарной помощи руководимых медсестрами [5-6].

Изменение содержания сестринского дела в ответ на запросы общественного здравоохранения во многих странах (США, страны Европы и Тихоокеанского региона) началось в 90-е годы прошлого столетия с реформы системы подготовки специалистов сестринского дела, внедрения многоуровневой модели образования [7]. Большое значение приобрела подготовка преподавателей и руководителей сестринского звена - медсестер-менеджеров [8-9].

На следующем этапе подготовленные медсестры-менеджеры определяли стратегию развития сестринского дела и разрабатывали различные модели оказания сестринской помощи [10].

Уникальность и сложность работы медсестер-менеджеров определяется тем, что они несут главную ответственность за формирование и реализацию стратегии развития сестринской службы в своей организации, осуществляя взаимодействие и координацию между членами мультипрофессиональной команды, пациентами и администрацией [11-13]. Медсестры-менеджеры

организуют выполнение таких задач, как обеспечение высокого качества ухода, своевременности поставок, рационального использования ресурсов, безопасной больничной среды, санитарно-гигиенического обучения пациентов и др. От профессионализма медсестер руководителей и их лидерского потенциала во многом зависит качество и эффективность сестринских услуг в лечебной организации. Очень важна роль медсестры менеджера как педагога, наставника и воспитателя.

Исторически сложившаяся в Казахстане модель оказания медицинской помощи до сих пор рассматривает медицинскую сестру только в качестве помощника врача. Но медико-социальные и медико-демографические тренды (постарение населения, рост хронической патологии, возрастающие требования к качеству медпомощи и другие факторы) в сочетании с необходимостью сокращения растущих расходов на здравоохранение обусловили необходимость расширения перечня и объемов медико-социальных услуг. Эта задача в настоящее время возлагается на медицинских сестер, для ее решения в рамках модернизации системы здравоохранения меняются организационные структуры медицинских учреждений, появилась система многоуровневого образования и новые сестринские специальности, внедряются новые технологии.

Отечественные исследования в области сестринского дела, в основном, посвящены вопросам подготовки сестринских кадров. Так, К.А. Аяповым (2002 г.) обоснована и предложена модель высшего сестринского образования взамен ранее существовавшего среднего медицинского образования [14]. С.К. Мурагбсқова (2008 г.) предложила пути совершенствования среднего профессионального медсестринского образования, основанные на использовании компетентностного подхода в подготовке медсестер [15]. Н.Ж. Усебаевой (2008 г.) изучены принципы и технологии координации дополнительного медицинского образования в системе общественного здравоохранения, применимые и для медсестринского образования [16]. З.А. Байгожина (2008 г.) на основе оценки существующей системы постдипломного образования средних медработников предложила пути ее совершенствования [17]. Н.П. Пятай (2008 г.) исследовала процесс формирования уровней профессиональной компетенции медицинского персонала среднего звена в условиях реформирования здравоохранения РК [18].

Ж.К. Бурибаевой (2008 г.) определены необходимые условия для развития сестринского дела на уровне ПМСП [19]. Г.Ж. Токмурзиевой (2008 г.) проведено прогнозирование состояния кадровых ресурсов здравоохранения, включая и сестринский персонал, на ближнюю и долгосрочную перспективу [20]. В работе Югай В.Н. (2010 г.) разработаны методические подходы к совершенствованию управления и организации сестринского дела на региональном уровне.

Однако, существующие отечественные научные работы в области сестринского дела, в основном раскрывают тему сестринского образования как основополагающего направления реформирования сестринского дела, в то время как имеется потребность в исследовании проблем сестринской практики и управления. В преддверии разработки новой Государственной программы

развития здравоохранения на 2016-2020 гг. остается актуальным вопрос включения подпрограммы/ направления развития сестринского дела в стране, учитывающего рекомендации ВОЗ и других международных организаций.

Таким образом, тема настоящего исследования определена необходимостью активизации роли специалистов сестринского дела в реализации современных реформ отечественного здравоохранения.

Цель исследования – разработать концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела на основе комплексной оценки его основных направлений и соответствия международным рекомендациям.

Задачи

1. Провести анализ тенденций развития сестринского дела по основным направлениям (менеджмент, сестринское образование и сестринская практика) в различных странах и в Казахстане для определения перспектив развития и механизма совершенствования (обзор литературных источников).

2. Провести сравнительный анализ стратегий и концепций развития сестринского дела в Казахстане на соответствие международным рекомендациям.

3. Провести комплексный анализ нормативно-правового, кадрового, организационно-управленческого обеспечения сестринского дела в Казахстане.

4. Провести анализ системы многоуровневой подготовки сестринских кадров.

5. Разработать концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Казахстане.

Научная новизна

- установлены современные особенности изменения организационной структуры сестринского дела, а также выявлены основные проблемы, препятствующие его развитию на страновом уровне;

- дана социологическая оценка различных аспектов управления сестринским делом в медицинских организациях и выделены факторы, влияющие на менеджмент сестринской помощи;

- проведена оценка управленческих компетенций/ навыков руководителей сестринских служб медицинских организаций;

- проведен анализ нормативно-правового обеспечения сестринского дела в современных условиях функционирования отечественной системы здравоохранения и выявлены направления его дальнейшего совершенствования;

- определены современные особенности уровня готовности будущих специалистов сестринского дела к самостоятельной профессиональной деятельности;

- проведен сравнительный анализ стратегий и концепций развития сестринского дела в Казахстане на соответствие международным рекомендациям;

- научно обоснованы концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела.

Теоретическая значимость

- разработана модель компетенций руководителя сестринской службы для управления сестринским делом на уровне организации здравоохранения;
- разработаны концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Казахстане, учитывающие международные рекомендации.

Практическая значимость

Разработана и предложена для внедрения в практическую деятельность медицинских организаций и медицинских вузов модель компетенций руководителя сестринской службы для управления сестринским делом на уровне организации здравоохранения, которая может использоваться и в системе аттестации специалистов. Модель содержит квалификационные требования и характеристики, функциональные обязанности главных медицинских сестер с учетом требований современного менеджмента здравоохранения и национальных стандартов аккредитации организаций здравоохранения.

Разработанные концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Казахстане, учитывающие международные рекомендации, предлагаются для включения в следующую Государственную программу развития здравоохранения.

Предложенные дополнения в стратегию развития сестринского дела в Казахстане позволят:

- усовершенствовать систему управления сестринскими кадрами и законодательное обеспечение сестринского дела;
- повысить качество обучения специалистов и определить преемственность компетенций на различных этапах подготовки;
- усовершенствовать систему профессионального роста и развития специалистов.

Положения, выносимые на защиту

1. Одними из факторов, препятствующих развитию сестринского дела в Казахстане, являются: низкие показатели готовности выпускников медицинских учебных заведений к самостоятельной профессиональной деятельности на фоне преимущественного формирования профессиональных компетенций и слабого воспитания гуманистических основ профессии; отсутствие возможности реального трудоустройства бакалавров сестринского дела; низкая мотивация МПСЗ к самообразованию.

2. Несовершенство управленческой деятельности медсестер-руководителей обусловлено отсутствием системного подхода к планированию деятельности, недостаточном использовании эффективных методов контроля и недостаточными навыками принятия управленческих решений, управления временем, разрешения конфликтных ситуаций и мотивации.

3. Основными составляющими концептуальной модели совершенствования сестринского дела являются: 1) совершенствование образования (профессионального, высшего и последипломного); 2) внедрение современного менеджмента (организационная структура и все аспекты управленческой деятельности); 3) изменение сестринской практики

(расширение полномочий и ответственности), подкрепленные научно-доказательной базой (сестринские исследования), нормативно-правовой базой и организационной структурой менеджмента сестринского дела.

Внедрение результатов исследования

По результатам проведенного исследования разработана Карта экспертной оценки делегирования части врачебных полномочий медицинским сестрам для организаций ПМСП и стационаров.

Для организаторов здравоохранения и сестринского дела, преподавателей, студентов и магистрантов специальности «Сестринское дело» разработаны методические рекомендации «Организационно-функциональный подход к совершенствованию управления сестринской деятельностью», основанный на модели А. Донабедиана.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 14 научных трудов, в т.ч. 5 - в научных изданиях, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 2 статьи - в зарубежном журнале Life Science Journal (база данных Scopus), 3 публикации - в сборниках международных и зарубежных конференций, 1 монография (соавторство), 1 тезис в журнале European Journal of Epidemiology с импакт-фактором 5,147 (2013 г.), 1 свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права № 1755 (2014 г.).

Личный вклад автора заключается в формировании направлений исследования, программы и его объектов, организации и проведении исследований, непосредственном участии во всех этапах исследования, статистической обработке данных, написании глав диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формулировании положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций.

Апробация диссертации

Основные результаты, положения, заключения и выводы диссертации были доложены и представлены на следующих конференциях:

- Международной научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты активного долголетия» (г.Алматы, 2012 г.);
- Международной научно-практической конференции, посвященной 130-летию Х. Досмухамедова «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения» (г.Алматы, 2013 г.);
- European Congress of Epidemiology (Aarhus, Denmark, 2013 г.);
- 20th World Congress of Epidemiology (Alaska, USA, 2014 г.).

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 147 страницах и состоит из введения, обзора современного состояния проблемы, методологии исследования, 4-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация содержит 28 таблиц, 52 рисунков и диаграмм, 11 приложений и 174 источника литературы.

1 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Сестринское дело является неотъемлемой важнейшей частью здравоохранения. Следовательно, качество медицинской помощи во многом определяется степенью развития сестринского дела, профессионализмом сестринского персонала, ответственностью за результаты своего труда.

Функции сестры по определению ВОЗ включают:

- осуществление сестринского ухода (профилактика, реабилитация, психологическая и эмоциональная поддержка и т.д.), основанного на сестринском процессе;
- обучение пациента навыкам сохранения и укрепления здоровья;
- использование сестрой зависимой и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента (сотрудничество с пациентом в осуществлении ухода, защита пациента в случае, когда он не может самостоятельно принимать решения);
- развитие сестринской практики с помощью исследовательской деятельности [21].

1.1 Расширение сестринской практики и инновационные технологии в сестринском деле

Современное сестринское дело - это самостоятельная отрасль здравоохранения со своими функциональными обязанностями по уходу, реабилитации больных и повышению качества их жизни [22-23].

Одной из приоритетных задач развития сестринского дела является расширение практики и усиление роли медицинских сестер в здравоохранении. Результаты многих исследований подтверждают положительное влияние расширения сестринской практики на удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, сокращение сроков госпитализации, профилактику факторов риска и пр.

В частности, в исследовании M.Laurant et al (2005 г.) авторами был проведен систематический обзор 4253 научных статей в базах данных MEDLINE и др. за период с 1996 по 2002гг. Было отобрано 25 статей, отвечавших критериям отбора и содержащих результаты 16 исследований (РКИ). Одиннадцать исследований подтвердили, что медицинская помощь, оказанная квалифицированными медсестрами по качеству и результатам лечения, не отличалась от врачебной помощи (кроме помощи при неосложненных состояниях). В пяти исследованиях было установлено, что удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи была выше в центрах, где помощь оказывали медицинские сестры, «поскольку медсестры были более внимательны к пациентам и давали подробные консультации» [6].

В развитых европейских странах оказанием медицинской помощи больным на дому занимаются не врачи, а патронажные медсестры [38].

В скандинавских странах медицинские сестры самостоятельно ведут прием и оказывают квалифицированную помощь пациентам с хроническими

заболеваниями. Медицинские сестры работают в соответствии с клиническими протоколами и даже могут назначать медикаментозную терапию [24].

В Великобритании медицинские сестры, специализирующиеся на помощи людям с определенными заболеваниями, ведут амбулаторный прием, обучают больных, занимаются образовательной деятельностью, направленной на повышение квалификации медицинских и социальных работников [25].

Патронажные участковые медсестры используют стандартизованные методы оценки рисков для выявления пациентов с высоким риском госпитализаций (или тех, кто часто пользуется медицинскими услугами). Совместно с фармацевтами медицинские сестры могут наблюдать за побочными действиями лекарств у пациентов, длительно принимающих медикаменты. Но надо отметить, что данные об оценке влияния деятельности патронажных медицинских сестер на частоту госпитализаций носят противоречивый характер. По-видимому, патронажные сестры достигают наибольшего успеха там, где их деятельность является частью более широкой программы ведения хронических заболеваний и интегрирована с другими видами услуг [26-28].

В США и некоторых европейских странах для медицинских сестер внедрены структурированные программы ведения пациентов с социально значимыми заболеваниями (case management), такой подход обусловлен необходимостью улучшения качества и доступности медицинской помощи [29].

Как уже упоминалось, современная модель ПМСП предусматривает широкое участие медсестер и акушерок в профилактических мероприятиях, в частности, профилактике поведенческих и физиологических факторов риска. Хорошо известно, что «свыше 80% заболеваний сердца, около трети онкологических заболеваний можно предотвратить путем устранения или управления поведенческими факторами риска» [30-31]. Стратегии, направленные на снижение факторов риска, должны быть нацелены на увеличение информированности и обеспечение возможности вести здоровый образ жизни. Сокращение распространенности этих факторов риска, особенно актуально, т.к. хронические болезни составляют более 60% всей заболеваемости (ВОЗ). Например, результаты систематического обзора 35 РКИ (более 17 000 участников) показали эффективность сестринских вмешательств (консультирование, обучение) в сокращении потребления табака - ОР 1,29, 95% ДИ от 1,20 до 1,39 [32].

Таким образом, квалифицированные медсестры первичной помощи с расширенным функциональным диапазоном способны обеспечить практически тот же спектр услуг, который обычно оказывают врачи общей практики, а расширение роли медсестер и акушерок способствует сокращению уровня расходов на медицинскую помощь [26, с.257].

Возможности расширения сестринской практики были изучены и в госпитальном секторе. Результаты рандомизированных контролируемых и квази-рандомизированных контролируемых исследований, опубликованных в систематическом обзоре A.Nicholson (2013 г.) позволили исследователям прийти к выводу об отсутствии разницы в предоперационном исследовании

пациентов, проводимом врачами или медицинскими сестрами. Сравнение результатов и качества предоперационного исследования было проведено на 2469 хирургических пациентах, нуждавшихся в общей или спинальной анестезии. Традиционно, предоперационное исследование пациентов перед дачей наркоза проводят врачи. Однако описанный опыт имеет потенциальные выгоды, учитывая развитие центров амбулаторной хирургической помощи с кратковременным пребыванием пациентов [33].

В 2010 г. F. Dwamena et al. провели систематический обзор по исследованию влияния обучения, проводимого медсестрами, на изменение поведения у пациентов. Результаты 29 РКИ и 14КИ позволили авторам сделать следующие выводы:

- 1) обучение и консультирование положительно влияет на формирование навыков здорового поведения у пациентов;
- 2) результативность обучения и консультирования зависит от наличия учебных материалов, использования различных обучающих методик и пр.;
- 3) необходимо совершенствование навыков консультирования и обучения у медицинского персонала [34].

Серьезной проблемой здравоохранения является уход за пациентами, нуждающимися в постоянном наблюдении. В таких случаях организация круглосуточного медсестринского наблюдения за пациентами (в больницах сестринского ухода) способствует улучшению состояния и снижает риск осложнений. В систематическом обзоре R. Macpherson (2008 г.) проведено сравнение результатов круглосуточного сестринского ухода в сравнении со стандартным уходом у пациентов с низофренией. Результаты одного РКИ с участием 22 пациентов подтвердили большую эффективность медицинской помощи, оказанной медсестрами в условиях больницы/отделения сестринского ухода в сравнении со стандартным уходом: лучшая социализация пациентов, приобретение полезных навыков и пр. [35].

Сокращение численности квалифицированных медицинских сестер во многих странах обусловило появление исследований, изучающих взаимосвязи результатов лечения пациентов с обеспеченностью специалистами сестринского дела и их квалификацией. Так, например, систематический обзор, 6202 научных статей, проведенный M. Butler et al (2011 г.), подтвердил, что увеличение штата квалифицированных медсестер приводит к уменьшению сроков пребывания пациентов в больнице и улучшению результатов ухода [4].

Формирование качественно нового уровня сестринской помощи включает совершенствование профессиональной подготовки МПСЗ, развитие научных исследований, внедрение новых технологий в сестринский уход. Например, необходимость снижения расходов на здравоохранение, увеличение численности пожилых и хронически больных, проблема доступности медицинской помощи привели к быстрому развитию телемедицины.

Телесестринство (telenursing), как составная часть телемедицины, представляет собой использование телекоммуникационных и информационных технологий в предоставлении ухода, и помогает решить проблему нехватки медсестер. Telenursing имеет несколько направлений: домашний уход за

пациентами с хроническими заболеваниями (бронхиальная астма, сахарный диабет, болезнь Паркинсона, Альцгеймера и т.п.), уход за обездвиженными пациентами или живущими в отдаленных районах, а также за пациентами в послеоперационном периоде. Такие пациенты, оставаясь дома, получают сестринскую помощь посредством видеоконференций, видео телефонии, интернета и т.д. Обычно, медсестра может посетить 5-7 пациентов в день, а используя телекоммуникационные технологии, число «визитов» возрастает до 12-16 за то же время [36-37].

Таким образом, реформирование сестринского дела произошло за счет расширения границ сестринской практики и усиления роли медицинской сестры в мировом/страновом здравоохранении. Эти изменения были обусловлены социально-демографическими процессами, ростом хронической патологии, необходимостью экономии расходов на медицинскую помощь.

Расширение границ сестринской практики способствует:

- повышению доступности медицинской помощи;
- улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов;
- регулированию нагрузки врача и освобождению его времени на консультирование и лечение пациентов;
- повышению профессионального статуса и престижа медицинских сестер;
- повышению ответственности медицинской сестры за пациента [38].

1.2 Роль сестринского дела в повышении эффективности и улучшении качества медицинской помощи

В Мюнхенской декларации ВОЗ *«Медицинские сестры и акушерки - важный ресурс здоровья»*, подчеркивается, что «медицинские сестры и акушерки играют важную и все возрастающую роль в решении нынешних проблем общественного здравоохранения, а также в оказании высококачественной, эффективной, доступной для всех и непрерывной медицинской помощи, направленной на удовлетворение меняющихся потребностей населения и обеспечение прав человека» [39].

Одной из самых больших трудностей, с которыми сталкиваются сегодня системы здравоохранения, является эффективное ведение хронических заболеваний. Полиморбидность этих заболеваний требует интегрированного подхода к лечению и хорошей координации между членами мульти профессиональной бригады – врачей, медицинских сестер, психологов, социальных работников, фармацевтов и других профессионалов для обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи [40-43,45-46].

В этой связи необходимо упомянуть модель оказания помощи при хронических заболеваниях (Chronic Care Model), разработанную Wagner et al. [44].

В общих чертах эта модель включает четыре компонента:

- 1) обучение больных самопомощи, консультирование, распространение обучающих материалов;
- 2) оказание медицинской помощи многопрофильными бригадами;

- 3) поддержка принятия клинических решений;
- 4) клинические информационные системы.

Данная модель основана на использовании высококвалифицированных медсестер клинической практики, которые наблюдают и координируют процесс медицинского обслуживания больных и пациентов из группы риска, опираясь на индивидуальные планы лечения. Такой подход способствует улучшению функционального статуса и качества жизни больного [47-49].

Улучшение качества медицинской помощи и повышение удовлетворенности пациентов при таком подходе в немалой степени обусловлено «частотой контактов с больными, регулярным наблюдением, социально психологической поддержкой и более широкими возможностями направления к специалистам» [50-54].

Обучение пациентов с хроническими заболеваниями самоконтролю своего состояния очень важно для профилактики обострений. В исследовании Н.Вosworth [47, p.511], медсестры обучали мониторингу и консультировали по телефону пациентов с артериальной гипертензией. Результаты двухлетнего наблюдения показали эффективность мониторинга в сравнении со стандартным уходом ($p=0,01$).

Результаты лечения хронических больных может улучшить увеличение объемов и качества медсестринской помощи на дому, что подтверждает исследование L.Shields at al (2011 г.). Авторы сравнили эффективность пациент ориентированного домашнего сестринского ухода за детьми от 0 до 12 лет после выписки из стационара в сравнении со стандартным уходом. Результаты одного рандомизированного контролируемого исследования (РКИ), проведенного с участием 288 детей после тонзилэктомии подтвердили большую эффективность домашнего пациент ориентированного ухода в сравнении со стандартным лечением - большую удовлетворенность родителей, снижение затрат на лечение [55].

Одним из главных критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов, т.е. соответствие полученной медицинской помощи ожиданиям и потребностям пациентов [56-57].

Проблема улучшения качества медицинской помощи очень актуальна для Казахстана. Так, результаты популяционного исследования, проведенного в г.Алматы, показали, что:

- более половины взрослого населения не удовлетворены качеством медицинской помощи;
- среди причин неудовлетворенности качеством медицинской помощи были названы: на первом месте - невнимательность и равнодушие медицинского персонала; на втором - длительность ожидания и на третьем месте - неудовлетворенность результатами лечения [58-59].

Таким образом, даже если пациенты не всегда могут адекватно оценить оказанную им медицинскую помощь и профессионализм медицинских работников, то в состоянии оценить заботу, вежливость, внимание со стороны персонала [6, с.23].

На качество сестринской помощи оказывают влияние многие факторы: профессионализм персонала, уровень нагрузки на сестер, оснащенность ресурсами, использование новых технологий и др. [60].

В многоцентровом исследовании L.Aiken at al. (1993 г.), в которое вошли 168 клиник, 10 184 медсестер и 232 342 пациентов, изучались взаимосвязи между нагрузкой на медсестер, уровнем образования медсестер и смертностью пациентов. Исследователи пришли к следующим выводам:

- оптимальная нагрузка на медсестру составляет 4 пациента, увеличение нагрузки на одного пациента связано с 7% увеличением вероятности смерти в течение 30 дней с момента поступления (OR 1,07; 95% ДИ 1,03-1,12);

- каждый дополнительный пациент был связан с 23% (OR 1,23; 95% ДИ 1,13-1,34) вероятностью увеличения шансов синдрома эмоционального выгорания и 15% (OR 1,15, 95% ДИ 1,07-1,25) вероятностью увеличения чувства неудовлетворенности работой у медицинских сестер [61].

Улучшение качества медицинской помощи возможно при использовании медсестрами доказательной клинической практики. В систематический обзор, посвященный этой проблеме, было включено одно РКИ из США, в котором оценивались эффекты стандартизированной процедуры наблюдения за пациентами с риском развития пролежней. Если оценка пациента по Брейдену была ниже или равна 18, медсестры должны были проводить профилактику пролежней без указания врача. Соответственно, шкала Брейдена является инструментом, используемым для оценки риска развития пролежней [62].

Таким образом, медицинские сестры, работающие в составе мульти профессиональных команд, как равноправные партнеры врача самостоятельно принимают решения по предоставлению пациентам сестринского ухода и вносят огромный вклад в повышение качества медицинской помощи, а, следовательно, и качества жизни пациента, что подтверждают результаты многих научных исследований. Одним из важнейших условий повышения качества сестринской помощи является разработка оптимальных организационных моделей, определяющих функции, роли и сферы практики медицинских сестер.

1.3 Модели сестринского ухода и их практическое применение

Сестринская деятельность – это выполнение назначений врача и предоставление индивидуального ухода, основанного на потребностях пациента. *Сестринский уход*, по определению Международного совета медицинских сестер (ICN) это – «индивидуальный и совместный уход за лицами всех возрастов, семей, групп и сообществ, больными или здоровыми в любых условиях».

Составные части сестринского ухода: обучение здоровому образу жизни, профилактика болезней, уход за больными, инвалидами и умирающими, Кроме того, «медицинские сестры играют ключевую роль в поддержке и пропаганде безопасности окружающей среды, научных исследованиях, участвуют в формировании политики здравоохранения, управлении системами здравоохранения, образовании» [63].

Философия сестринского дела основывается на четырех составляющих:

- пациент как личность;
- научно обоснованный сестринский уход;
- окружающая среда;
- здоровье [63, с.13].

Модель сестринского ухода – это средство, помогающее определить цели и виды сестринских вмешательств. Сестринские модели помогают выделить сестринское дело в самостоятельную профессию, объясняют ее принципиальные отличия от профессий врача [64].

Как известно, в мире существует более 30 научных моделей сестринского дела. Каждая из них содержит следующие основные положения:

- определение пациента, как объекта деятельности сестринского персонала;
- выявление проблем пациента;
- план сестринского вмешательства;
- цель ухода;
- способы сестринского вмешательства;
- оценка качества и результата ухода;
- роль медсестры.

В настоящее время наибольшее распространение получили шесть моделей:

- эволюционно-адаптационная (Канадская Ассоциация сестер),
- добавочно дополняющая (В. Хендерсон),
- модель поведенческой системы (Р. Джонсон),
- адаптационная модель (Рой),
- модель дефицита самоухода (Орэм),
- концептуальная модель М.Аллен [63, с.85-113].

В основе каждой научной модели лежат различия в понимании потребностей пациента, особенности этапов сестринского процесса и роли сестры в его осуществлении (таблица 1).

Таким образом, в соответствии с основными положениями перечисленных моделей меняются функции и роли медицинских сестер: от пассивного исполнителя врачебных назначений (врачебная модель) до самостоятельного специалиста, выступающего в качестве наставника, педагога, координатора сестринского ухода [65].

Многие исследователи указывают, что различные модели не стоит рассматривать как «хорошие» или «плохие». Скорее, их следует использовать как «руководство к действию в той или иной ситуации, поскольку каждая модель создавалась в конкретной социальной, этнической и культурной среде с учетом существующих потребностей общества» [63,р. 45].

В настоящее время теории сестринского дела развиваются на научной основе, увеличивается число внедрений в практику, развивается научная терминология сестринского дела [68, с.112].

Таблица 1 – Основные характеристики моделей сестринского ухода по Мухиной С.А. (2013 г.)

Пациент	Источник проблем пациента	Направленность сестринского вмешательства	Цель сестринского ухода	Способы сестринского вмешательства	Оценка качества и результатов ухода	Роль сестринского персонала
1	2	3	4	5	6	7
Врачебная модель						
Набор органов и физиологических систем	Изменения в системах организма, связанные с болезнью	Определяется врачом	Устранить/уменьшить патологические изменения	Зависит от опыта врача. Сестринские вмешательства практически одинаковы для различных пациентов, имеющих одно и то же заболевание	Не требуется	Помощник врача
Эволюционно-адаптационная модель (1971 г.)						
Личность	Изменения в критические периоды жизни, оказывающие негативное влияние на здоровье	Помощь пациенту в достижении и поддержке оптимального уровня здоровья	Оказание помощи пациенту в достижении поддержке оптимального уровня здоровья в критические периоды жизни	Применение различных способов стимулирования пациента.	Оценивается достигнутый уровень здоровья в критические периоды жизни пациента	Наставник, Координатор
Модель В.Хендерсон (1959 г.)						
Личность	Неспособность удовлетворить одну или несколько фундаментальных потребностей (по А.Маслоу)	Помощь в удовлетворении основных потребностей	Механизмы удовлетворения основных потребностей	Различные - от лекарственной терапии и расчета питания до психологического консультирования	Оценка степени удовлетворения потребностей пациента	Помощник врача и самостоятельный специалист

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7
Поведенческая модель Р.Джонсон (1968 г.)						
Пациент как поведенческая система	Функциональный и структурный стресс.	Механизмы контроля и регуляции	Обеспечение равновесия поведенческой системы и функциональной стабильности пациента	1) контроль или ограничение поведения; 2) защита от факторов, вызывающих стресс; 3) торможение неэффективных реакций; 4) стимулирование к изменению поведения, партнерство, помощь в виде опеки	Адекватное поведение пациента в ответ на стрессовую ситуацию.	Регулятор и контролер
Адаптационная модель К.Рой (1976 г.)						
Человек, адаптирующийся к изменениям окружающей среды	Пассивность в результате имеющегося заболевания	Обучение приспосабливаться к окружающей обстановке	Стимулировать пациента к обучению адаптироваться к окружающей обстановке в период болезни	Действия, помогающие пациенту адаптироваться к окружающей обстановке	Адаптация пациента в результате адекватного восприятия применяемых стимулов	Педагог-организатор
Модель дефицита самоухода Д.Орэм (1985 г.)						
Существо, обеспечивающее деятельность по самообслуживанию	Дефицит в самообслуживании, т.е. неспособность осуществлять заботу о себе	Создание условий для осуществления пациентом самоухода, достижения и поддержания оптимального уровня здоровья	Действия, помогающие пациенту в выполнении нарушенных элементов самоухода	Создание условий для восстановления самообслуживания с помощью физической и психологической поддержки, обучения, опеки и пр.	Достижение пациентом оптимального уровня самообслуживания	Педагог и наставник

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7
Концептуальная модель Мойры Адлен (1994 г.)						
Человек и семья	Окружающая среда, образ жизни	Взаимодействия с семьей в целях формирования и развития здоровой семьи	Обеспечить здоровье пациенту и его семье	Поддержка и поощрение активного и ответственного участия самой семьи в сохранении и укреплении здоровья	Взаимодействие с пациентом и его семьей для поддержания здорового образа жизни	Наставник, тренер, педагог, консультант

Научной методологией современной сестринской практики является сестринский процесс. По определению ВОЗ: "Сестринский процесс - это термин, применяемый к системе характерных сестринских вмешательств, в сфере охраны здоровья отдельных людей, их семей или групп населения. Он подразумевает использование научных методов определения медико-санитарных потребностей пациента, семьи или общества и на этой основе отбор тех из них, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода, планирование мер по удовлетворению данных потребностей, организации ухода и оценка результатов" [66].

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти этапов:

- 1) сестринское обследование пациента;
- 2) определение потребностей и выявление проблем;
- 3) планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем) пациента;
- 4) выполнение плана необходимых сестринских вмешательств;
- 5) оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости.

Конечным результатом каждого этапа является документирование полученной информации и внесение данных о пациенте в сестринскую карту стационарного (амбулаторного пациента).

Цель сестринской карты пациента - контроль за деятельностью медсестры, выполнением ею плана ухода и рекомендаций врача, анализ качества оказания сестринской помощи и оценка профессионализма медсестры, а, следовательно – гарантия качества оказания помощи и ее безопасности [67].

Изучение международного опыта в сестринском деле показывает, что ведение специальной сестринской документации, как в учебном процессе, так и на практике повышает мотивацию будущих и практикующих медицинских сестер к уходу за пациентами и способствует повышению значимости сестринской деятельности [69].

Таким образом, внедрение сестринского процесса в практическую деятельность медицинских сестер способствует развитию профессии на научной основе и повышает ответственность медсестры за произведенные действия [15, с. 114]. ВОЗ рекомендует использовать модель В. Хендерсон для применения медицинскими сестрами в постсоветских странах. Эта модель учитывает различные потребности пациента и его семьи в самопомощи, помощи на дому и профессиональном уходе.

Самопомощь необходима человеку для выполнения ежедневной деятельности. Сестра должна уметь определить, когда пациент сможет возобновить самообслуживание, и поощрять его к этому [68].

Помощь на дому (патронажная, попечительская) - оказывается человеку на дому его родственниками, друзьями. Роль сестры здесь сводится к консультациям и обучению.

Профессиональный уход - помощь, требующая профессиональных знаний (сестры, акушерки и т.д.), оказываемая как в лечебных организациях, так и на дому.

Преимуществом использования данной модели является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья, простота и понятность модели. Одним из важных условий реализации этой модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

Необходимо отметить, что классические организационные модели сестринской практики, использовавшиеся за рубежом на протяжении последних 50 лет, описывали медсестринский уход, как «систему распределения функциональных обязанностей между медицинскими сестрами и вспомогательным персоналом» [70].

Такая функционально-структурная модель основана на принципе разделения труда между службами, отделениями, бригадами с закреплением за ними определенных функций. Главными недостатками такой модели являются: низкая способность организации к инновациям и высокие административные издержки [71-73]. Одним из примеров является модель сестринской практики, до сих пор распространенная во многих постсоветских странах, которая описывает медсестринский уход, только как систему выполнения врачебных назначений. Соответственно от медицинской сестры требуются технические умения, но не требуется самостоятельного принятия решений, особенно в условиях дефицита медсестринских кадров. Разделение труда (постовая, палатная, перевязочная, процедурная сестра) необходимо, чтобы оказать помощь как можно большему числу пациентов. Деятельность сестер ограничивается выполнением врачебных назначений, а на осуществление полноценного ухода не хватает времени и сил. Такое подчинение сестринской деятельности врачебной не способствует развитию профессиональной самостоятельности медсестер.

В зарубежной литературе описаны многие организационные модели сестринской помощи [74-77]. Тем не менее, большинство из них являются лишь вариациями традиционных моделей: функциональной или командной. При командном подходе уход за пациентами предоставляет небольшая группа медицинских работников с различным образованием, навыками, способностями и квалификацией. Каждый член команды несет свою долю ответственности за пациентов. Такая совместная работа в команде осуществляется под руководством зарегистрированных медсестер (RN). Примером такой модели является "patient-centered care" (пациент-центрированный сестринский уход), который получил развитие в США и многих европейских странах [78].

Такой подход требует, во-первых, значительно меньшей нагрузки на медсестру, например, в отделениях терапевтического профиля – до 10 пациентов. Во-вторых, необходим высокий уровень подготовки, клинического мышления и знание доказательной сестринской практики. В-третьих, медсестра несет ответственность за результаты лечения больного и должна знать диагнозы своих пациентов, результаты обследований, назначенное лечение, а также иметь полную информацию о самочувствии пациента, о семейной ситуации и условиях проживания для планирования выписки. Медсестры постоянно взаимодействуют с врачами, физиотерапевтами, социальными работниками и др. [79].

Другие модели, как например, управление случаем (case management), предусматривают предоставление пациентам интегрированного ухода и междисциплинарной медицинской помощи. Такие модели в основном предназначены для непрерывного медсестринского ухода за пациентами с хроническими заболеваниями, инвалидами и пожилыми [79, p.671-679].

В условиях оказания сложного сестринского ухода и соответствующей окружающей среды, реальная сестринская практика требует сосредоточения внимания не только на то, кто и какие роли играет в процессе оказания сестринской помощи пациенту, но и на факторах, связанных с характеристиками работников и пациентов, условиями и характером предоставляемой помощи. Эти факторы являются неотъемлемыми аспектами сестринской практики, которые необходимо учитывать, для понимания организационной структуры сестринской работы и процессов, оказывающих влияние на результаты лечения пациентов, т.е. вклад сестринского ухода эффективность системы здравоохранения [80-81].

В результате проведенного в Канаде (Квебек, 2012 г.) многоцентрового исследования, авторы пришли к выводу, что конечные результаты сестринского ухода зависят от трех характеристик: персонал, сфера сестринской практики и рабочая среда [70, p.3]. Эти факторы, взаимодействуя друг с другом, влияют как на самих медсестер (уровень здоровья и удовлетворенность работой), так и на результаты лечения пациентов (качество обслуживания и безопасность) (Рисунок 1).

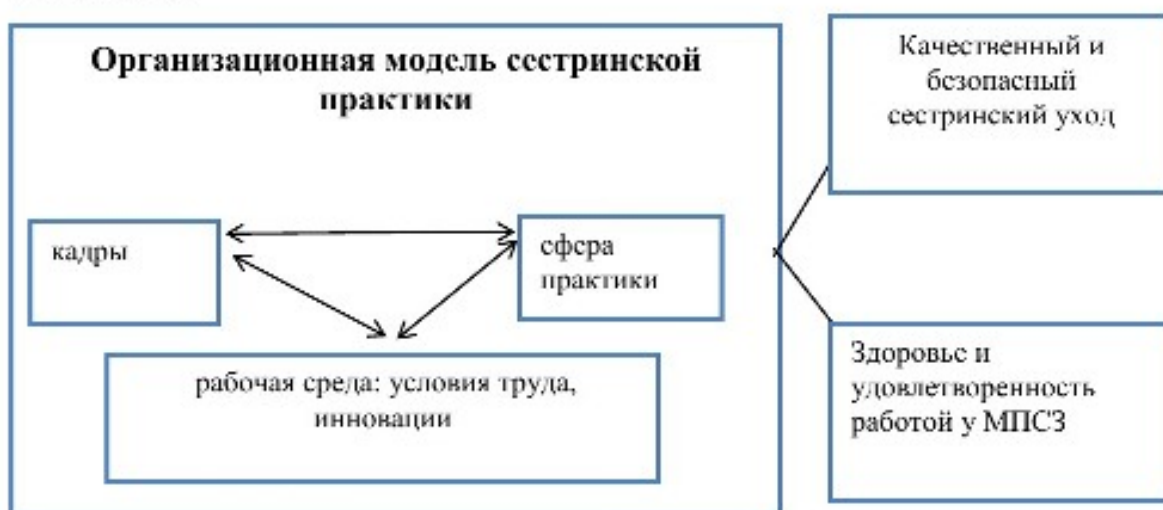


Рисунок 1 - Организационная модель сестринского ухода по Dubois [70]

Таким образом, поддержание эффективного кадрового обеспечения и профессиональных навыков персонала, определение типа и объемов сестринской помощи и инновационная организационная среда являются важнейшими факторами улучшения качества сестринского ухода, а также поддержания оптимального уровня здоровья и удовлетворенности работой у сестринского персонала. Инновационная среда определяется как та, в которой медсестры на уровне подразделений имеют полномочия, необходимые для

выполнения новых ролей, вовлечения пациента в уход и мониторинга эффективности качества, безопасности и стоимости работы. Изучение инновационных возможностей позволяет учитывать такие факторы, как: эффективное использование технологий сестринского ухода, управление результатами, осуществление обратной связи, а также концентрация ухода на пациенте [82-84].

Сложившаяся в Казахстане модель оказания медицинской помощи до сих пор рассматривала медицинскую сестру только в качестве помощника врача. Однако за последние пять лет в сестринском деле произошли значительные перемены:

- было внедрено многоуровневое сестринское образование (колледж-бакалавриат-магистратура) и в практическом здравоохранении работают медицинские сестры, имеющие различный уровень подготовки;
- произошло усиление роли и расширение функциональных обязанностей медицинских сестер в ПМСП (3 медсестры на врача общей практики);
- развитие паллиативной и хосписной помощи, выполнение медсестрами функций социального патронажа;
- увеличилось число циклов, и произошла децентрализация последипломного обучения, если раньше повышением квалификации специалистов сестринского дела занимались только медицинские колледжи, то сейчас ВУЗы, НИИ, НЦ.

Однако при этих достижениях остаются актуальными следующие проблемы:

- несовершенство нормативно-правового обеспечения сестринской деятельности;
- недостаток численности и неудовлетворительное качество подготовки специалистов сестринского дела;
- сестринское дело продолжает оставаться профессией, основанной на традициях, а не на научной базе, что во многом объясняет сохраняющееся со стороны врачей и общества отношение к МПСЗ как к специалистам по выполнению манипуляций;
- практическое отсутствие доказательных стандартов и протоколов сестринского ухода, внедренных в практическую деятельность МПСЗ;
- несовершенная система управления сестринским делом и слабый лидерский потенциал руководителей сестринского звена.

В своей книге «Сестринское дело: теория делегированной компетенции» авторы провели анализ причин доминирования врачебной модели сестринского дела в Казахстане:

- нейтральная позиция МЗ РК в отношении реформирования сестринского дела;
- отсутствие лидеров сестринского дела, имеющих авторитет и реальную власть для продвижения реформ;
- пассивность, отсутствие сплоченности у более чем 100-тысячной армии МПСЗ;

- организационный, образовательный, общественный, технологический факторы [68, с.114].

Таким образом, необходимо отметить, что на сегодняшний день не существует единой научной модели сестринского ухода. Практикующие сестры одновременно используют несколько моделей, выбор которых зависит исключительно от возможности пациента удовлетворить те или иные потребности, связанные со здоровьем. Все организационные модели сестринского ухода, несмотря на их многообразие, отражают комплексный подход, учитывающий основные организационные факторы, одним из которых является наличие достаточного числа квалифицированных сестринских кадров. В связи с этим особую актуальность приобретает подготовка и непрерывное профессиональное развитие специалистов сестринского дела.

1.4 Особенности подготовки сестринских кадров за рубежом и в Казахстане

В настоящее время во многих развитых странах подготовка медицинских сестер проводится в соответствии с принципами Болонского процесса на уровне бакалавриата (дипломный уровень), магистерских и докторских программ (последипломный уровень, таблица 2).

Таблица 2 - Квалификации специалистов сестринского дела и продолжительность обучения в некоторых странах Н.Н. Камыниной [85]

Страна	Образование	Тип образовательного учреждения	Длит. обучения (лет)	Квалификация, направление
Финляндия	высшее	колледж	3,5	Бакалавр; общая, специализированная
Швеция	высшее	университет	3	Бакалавр; общая практика
Англия	высшее	университет	3	Бакалавр; общая практика
Испания	высшее	университет	3	Бакалавр; общая практика
Италия	высшее	университет	3	Бакалавр; общая практика
США	многоуровневое	университеты	4	Бакалавр; общая практика
		колледжи	2	Ассоциированная
		сестринские школы	3	Диплом

Таким образом, во многих странах подготовка сестер осуществляется в рамках университетского образования. В некоторых странах подготовка медсестер проводится как в университетах, так и в сестринских школах [85]. Магистратура и докторантура позволяют готовить научные и педагогические кадры и обеспечивают преемственность обучения. Важно отметить, что в

настоящее время во всех странах растут требования к уровню образования медицинских сестер, поэтому численность персонала, прошедшего годичную подготовку, постоянно сокращается.

Обучением медицинских сестер занимаются медицинские сестры, имеющие как минимум, степень магистра сестринского дела (*Master of Nursing*). По магистерским программам ведется подготовка и сестер-менеджеров.

Многоуровневое образование медицинских сестер определяет и различные квалификации специалистов сестринского дела (таблица 3).

Таблица 3 - Квалификации и сфера практики медицинских сестер в США по данным K.S.Lundy (2001 г.)

Страна	Квалификация медсестер	Сфера практики
США	Лицензированная медицинская сестра (LPN)	Раздача лекарств, измерение АД, пульса, температуры и др., кормление, мытье пациентов. Осуществляет уход под контролем врача или зарегистрированной сестры
	Регистрированная медицинская сестра (RN)	Требуется степень бакалавра. Осуществляет руководство деятельностью LPN и помощников медицинских сестер (Nurse Assistant). Первичный осмотр пациентов, оказание помощи в пределах компетенций, выписка лекарств (кроме контролируемых препаратов), обучение пациентов. RN планируют сестринский уход, ведут хронических больных (мониторинг, консультации), оказывают неотложную помощь
	Advanced practice nurses (APNs)	Необходима магистерская или докторская степень. Осуществляют все этапы сестринского ухода: диагностика, лечение, консультирование. Оказывают первичную помощь, назначают медикаментозную терапию, обучают пациентов. Проводят научные исследования. Могут работать самостоятельно или в составе команды. Сферы практики: первичная помощь, педиатрия, онкология, гериатрия, психиатрия APNs могут работать в качестве Certified nurse midwife (CNM), Nurse Practitioner (NP), Clinical Nurse Specialist (CNSS) или Certified Registered Nurse anesthetist (CRNA)

Важно также отметить, что сестринское дело за рубежом не является сугубо женской профессией. Например, в США более 6 % численности этих специалистов составляют мужчины, в Канаде – около 10 %.

Результаты некоторых исследований показали лучшие результаты лечения пациентов у медсестер, имеющих высшее образование, поскольку оно предоставляет лучшую профессиональную подготовку [86, 54, с.1715].

Например, L.Aiken at al. (2011 г.) изучили влияние квалификации медсестер и уровня их подготовки на показатели госпитальной летальности [86, с.1617]. В исследование вошли 665 больниц, 262 120 пациентов и 39038 медицинских сестер. Полученные результаты позволили авторам сделать вывод о позитивном влиянии увеличения численности сестер-бакалавров на организационную среду и снижение показателей госпитальной летальности.

Анализ вариантов сестринского образования в нескольких странах показал следующее [15, с. 17-20]:

- подготовка медицинских сестер-бакалавров в большинстве зарубежных стран основана на многоуровневой модели, позволяющей развивать сестринское дело как науку и готовить клинические, научные и педагогические сестринские кадры и обеспечивающей преемственность и интеграцию между всеми уровнями образования;

- подготовка сестринских кадров, в основном, проводится медицинскими сестрами-преподавателями, имеющими как минимум степень магистра;

- все программы сестринского образования за рубежом имеют национальную аккредитацию;

- сестринское дело является самостоятельной научной дисциплиной;

- учебные программы разработаны таким образом, чтобы дать возможность перехода от более низкого уровня обучения к более высокому уровню [15, с. 21; 87-89].

Дальнейшее развитие сестринского дела невозможно без интеграции образования, практики и науки. В развитых странах сестринское дело давно трансформировалось в самостоятельную научную дисциплину. В США уже в 1953 г. при Колумбийском университете был открыт Институт исследований в сфере сестринского образования. В 1973 г. в США создана Национальная Академия сестринских наук, а в 1985 г. - Национальный центр сестринских исследований. В настоящее время в Америке выходит более двухсот журналов по сестринскому делу, в том числе журналы, освещающие сестринские исследования: «Advances in Nursing Science», «Research in Nursing and Health», «The Western Journal of Nursing Research» и др.

В Европе (Дании, Великобритании, Финляндии) сестринские исследования развивались в течение последних 40 лет. При этом в странах Восточной Европы - в последние десять лет. На развитие сестринских исследований и создание теоретической базы профессии направлены усилия ВОЗ, Международного совета медицинских сестер (International Council of Nurses) и Рабочей группы европейских медицинских сестер-исследователей (Workgroup of European Nurse Researchers).

В Казахстане, как и во всех постсоветских республиках, существовали две модели сестринского обучения: 2-х летнее на базе полного среднего образования и 3-х летнее на базе 9 классов средней школы, т.е. в возрасте 15-16 лет [90-91]. В настоящее время подготовка сестринских кадров в медицинских

колледжах проводится по специальности 030103,0301032 «Сестринское дело» с квалификацией: «Младшая медицинская сестра по уходу» и 0301043, 030104 «Медицинская сестра общей практики». В медицинских университетах подготовка специалистов в рамках бакалавриата проводится в течение 4-х лет с присвоением академической степени бакалавр общественного здравоохранения в области сестринского дела и квалификацией медицинская сестра-бакалавр. Последипломная подготовка специалистов сестринского дела проводится в магистратуре по двум направлениям: профильная углубленная подготовка (1 год) и научно-педагогическая (2 года, таблица 4).

Таблица 4 - Нормативные сроки освоения образовательных программ

Образовательная база присма	Шифр и наименование квалификации	Нормативный срок по уровням квалификации
На базе основного среднего образования	030103 2 - Младшая медицинская сестра по уходу	1 год 10 месяцев
На базе общего среднего образования	0301032 - Младшая медицинская сестра по уходу	10 месяцев
На базе основного среднего образования	0301043 - Медицинская сестра общей практики	3 года 10 месяцев
На базе общего среднего образования	030104 3 - Медицинская сестра общей практики	2 года 10 месяцев
На базе общего среднего образования	5В110100 - Бакалавр общественного здравоохранения в области сестринского дела	4 года
На базе высшего образования (бакалавриат)	6М110300 – Магистр сестринского дела	1 и 2 года

В «Государственной программе развития образования в Республике Казахстан на 2011-2020 годы» предусматривается приведение структуры системы образования с 2015 г. в соответствие с Международной стандартной классификацией образования. В этой связи планируется внедрение прикладного бакалавриата. Таким образом предусмотрена интеграция образовательных программ технического и профессионального образования с образовательными программами 1-2 курсов высших учебных заведений (Закон РК «Об образовании», ст. 17).

Предлагаемая новая модель подготовки специалистов сестринского дела, по мнению авторов более ориентирована на стратегические потребности здравоохранения и приближена к международным стандартам обучения. Особенностью этой модели является включение в специальность «сестринское

дело» таких специальностей как: «Лечебное дело», «Гигиена и эпидемиология», «Лабораторная диагностика», с определением их в качестве квалификаций сестринского дела. После завершения каждого уровня, при условии не продолжения последующего уровня обучения, выдается документ об образовании государственного образца [92].

Исследователем предложена новая модель подготовки специалистов на уровне колледжа (таблица 5).

Таблица 5 – Модель подготовки МПСЗ на уровне колледжа (по С.Т. Сейдуманову, 2013 г.)

Уровни обучения	Сроки обучения	Квалификация
I уровень	1 год	Младшая медицинская сестра по уходу за больными
II уровень	2 года	Медицинская сестра общей практики
III уровень	6 месяцев	Специализированная медицинская сестра: - в общественном здравоохранении (гигиенист-эпидемиолог); - в лабораторной диагностике (медицинский лаборант); - в стоматологии (гигиенист стоматологический); - Медицинская сестра педиатрического профиля; - Медицинская сестра хирургического профиля; - Медицинская сестра в паллиативной медицине
IV уровень	8 месяцев	Бакалавриат (прикладной) - в неотложной помощи (фельдшер) - в акушерстве (акушерка)

Для внедрения данной модели необходимо дополнить существующие квалификационные характеристики, классификатор специальностей; разработать новые образовательные программы; сформировать единый стандарт сестринского образования; перевести систему подготовки в колледжах на кредитно-модульную систему и пр. [92, с.163-164].

В области дополнительного профессионального образования также произошли позитивные перемены: децентрализация последипломного обучения (повышения квалификации), в

сестринского дела. Однако наряду с отмеченными достижениями в области подготовки медсестринских кадров остаются актуальными следующие проблемы, отмеченные и в более ранних исследованиях казахстанских ученых [15, с. 17,37; 17, с. 30, с. 119-120]:

- практически отсутствовавшая до недавнего времени специальная подготовка преподавателей для медицинских колледжей. Большую часть преподавателей по-прежнему составляют выпускники медицинских ВУЗов;
- отсутствие единства образовательного процесса и интеграции среднего специального, высшего и послевузовского сестринского образования;
- неудовлетворительное качество подготовки кадров;
- недостаточно развитая материально-техническая база учреждений образования;
- несоблюдение принципов индивидуализации и личностной ориентированности повышения квалификации;
- слабое развитие и использование современных информационных технологий в обучении и практической деятельности;
- практическое отсутствие научных исследований и доказательной практики в сестринском деле.
- проблема профессиональной реализации сестер с высшим образованием

Возрастающие требования к здравоохранению, современные тенденции развития сестринского дела стимулируют поиск новых организационных моделей управления сестринской деятельностью. В этой связи важное значение имеет изучение особенностей управления сестринским делом в сравнении с международным опытом.

1.5 Особенности управления сестринским делом

Ведущей тенденцией в сестринском образовании в настоящее время является переход к университетской подготовке медицинских сестер-руководителей как более фундаментальной и профессионально ориентированной.

Имеется значительное количество исследований, подтверждающих необходимость наличия у руководителя сестринской службы управленческой подготовки и свидетельствующих о влиянии образовательного статуса на результаты работы сестринского персонала [93-98].

Впервые В.Stevens (1979 г.) предложил использовать содержание деятельности менеджеров сестринского дела различного уровня (профессиональные стандарты) в качестве основы для разработки содержания программ подготовки руководителей сестринских служб (таблица 6).

Подготовка руководителей сестринских служб за рубежом осуществляется на постдипломном уровне (магистратура и докторантура). В США главные медицинские сестры должны иметь академическую степень магистра или доктора, а старшие медицинские сестры-бакалавра.

Таблица 6 - Функциональные обязанности руководителей сестринских служб по данным Американской Ассоциации медицинских сестер (ANA)

Уровень управления и необходимая подготовка	Функциональные обязанности
<p>Высший (магистратура + программы аттестации, докторантура)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - управление сестринской деятельностью на уровне МО; - разработка стратегии деятельности сестринских служб; - разработка и поддержка организационных механизмов, обеспечивающих предоставление эффективной сестринской помощи; - приобретение и распределение ресурсов для установленных функций и видов деятельности; - управление процессом принятия решения производственных задач; - управление процессом развития персонала, персональный менеджмент; - ответственность за реализацию образовательных программ и исследований
<p>Средний (магистратура)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - участие в формулировании политики сестринской службы и принятии решений; - наблюдение за процессом предоставления сестринской помощи и оперативное решение проблем; - оценка предоставляемой сестринской помощи; - взаимодействие с другими службами внутри МО; - координация деятельности сестринского персонала; - кадровое обеспечение и составление графиков работы; - ответственность за организацию рабочих мест (оборудование, условия работы); - набор и отбор персонала; - оценка персонала для стимулирования, перевода на другие должности, принятия дисциплинарных мер; - адаптация, обучение и развитие персонала; - управление сестринскими исследованиями; - организация клинической практики для студентов
<p>Низший (бакалавриат)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение процесса предоставления сестринских услуг пациентам; - оценка предоставленной сестринской помощи, - обеспечение необходимыми документами, руководствами, наблюдение за работой сестринского персонала; - участие в отборе сестринского персонала; - участие в оценке персонала для стимулирования, перевода на другие должности, принятия дисциплинарных мер; - обеспечение процесса обучения и развития персонала; - координация сестринской помощи с другими службами; - вовлечение медсестер в проведение исследований - координация студенческой клинической практики

В Казахстане, еще в 90-х годах были предприняты попытки ускорить развитие сестринского дела путем создания иерархической структуры (введение должности главного специалиста по сестринскому делу в составе Министерства здравоохранения), появления сестринских ассоциаций, высшего сестринского образования. Однако эти попытки не принесли ожидаемого результата в силу неготовности большей части медицинских сестер к изменениям, отсутствия поддержки внедряемых реформ, недостатка властных полномочий у руководителей сестринским делом [99].

Цель управления сестринским персоналом заключается в организации и обеспечении высококвалифицированной сестринской практики, включающей: осуществление сестринского ухода; выполнение врачебных назначений; инфекционный контроль; выполнение профилактических мероприятий.

В распространенной у нас линейной модели имеются два уровня управления сестринским делом (главная медсестра и старшие медсестры), основанные на отношениях подчиненности. Наряду с преимуществами (простота и быстрая передача приказов) эта модель имеет существенные недостатки: консервативность, изолированность людей друг от друга, пассивность, авторитарное руководство.

Кроме того, нельзя не учитывать понятие «нормы управляемости», сформулированное А.Файоном (7 ± 2 чел.). Это особенно актуально в крупных лечебных организациях, где численность старших медицинских сестер может превышать 60 человек, а общее число медицинских сестер доходит до 900 чел. [100-102].

Многоуровневая подготовка медицинских сестер и появление медсестер с академическим образованием предоставляет возможность расширения номенклатуры должностей сестринского персонала: медсестра-координатор по работе с персоналом, управлению качеством сестринской помощи, медсестра-консультант и т.п.

Таким образом, становится возможной оптимизация организационной структуры сестринской службы, сужение диапазона управления в соответствии с нормой управляемости и введение еще одного уровня управления, в первую очередь в крупных поликлиниках и многопрофильных больницах.

Подводя итог литературному обзору, мы пришли к следующим выводам:

- современное сестринское дело в мире характеризуется расширением границ сестринской практики и развитием пациент ориентированной сестринской помощи;

- медицинские сестры в своей повседневной деятельности используют комбинации различных научных моделей сестринского ухода;

- все организационные модели сестринской практики, несмотря на их многообразие, отражают комплексный подход, учитывающий три основных организационных фактора: кадровые ресурсы, сферу практики и условия работы;

- система многоуровневого образования позволяет готовить высококвалифицированные сестринские кадры для практической работы, преподавательской и научной деятельности;

- реформа сестринского дела в Казахстане касается в основном системы образования медицинских сестер, вместе с тем, по – прежнему отсутствует современная клиническая практика, не проводятся научные исследования в сестринском деле, руководителям сестринского персонала не хватает управленческих навыков и лидерских качеств.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения исследования были разработаны программа и методика исследования (таблица 7).

Таблица 7 – Программа исследования в соответствии с задачами исследования

Задачи исследования	Методы исследования	Материалы, объем исследования и результаты
1	2	3
1. Провести анализ тенденций развития сестринского дела по основным направлениям (менеджмент, сестринское образование, сестринская практика) в различных странах и в Казахстане (обзор литературных источников)	Библиографический исторический, внутренний анализ документов	Изучены информационные источники (174) в том числе: - систематические обзоры Кокрановской библиотеки, статьи базы данных MEDLINE, PubMed, EMBASE; - научная литература; - программные документы ООН, ВОЗ, МСМС по и сестринскому делу
2. Провести сравнительный анализ стратегий и концепций развития сестринского дела в Казахстане на соответствие международным рекомендациям	Внутренний анализ документов	Стратегии и Концепции ВОЗ. Стратегии и программы развития сестринского дела России, Беларуси и Казахстана
3. Провести комплексный анализ нормативно-правового, кадрового, организационно-управленческого обеспечения сестринского дела в Казахстане	Внутренний анализ документов. Социологический: анкетирование, тестирование. Экспертная оценка. Методы медицинской статистики	Законодательные и НПА в области СД. Профессиональные стандарты. Данные официальной статистики о кадровом составе МПСЗ за 1990-2013 гг. 360 анкет социологического опроса руководителей сестринских служб. 386 анкет социологического опроса медсестер медицинских организаций. 460 анкет социологического опроса пациентов. 440 карт экспертной оценки руководителей врачебного и сестринского звена медицинских организаций
4. Провести анализ системы многоуровневой подготовки специалистов сестринского дела	Социологический метод. Методы медицинской статистики. Аналитический	384 анкеты социологического опроса студентов. 386 анкет социологического опроса медсестер. 360 анкет социологического опроса руководителей сестринских служб

Продолжение таблицы 7

1	2	3
5. Разработать концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Казахстане	Аналитический	Рекомендации для совершенствования сестринского дела в Казахстане по основным направлениям: образование и научные исследования, нормативно-правовое обеспечение, управление, практическая деятельность, профессиональные ассоциации

Предмет исследования – количественные и качественные характеристики современного состояния сестринского дела в Республике Казахстан.

База исследования: больничные и АПО г.Алматы, Республиканский медицинский колледж и КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Социологические исследования были проведены в г.Алматы. Выбор места проведения исследования обусловлен следующими факторами:

- в городе имеется наибольшее число медицинских организаций, а численность МПСЗ составляет более 14 тыс. человек, (около 10 % от числа всех МПСЗ республики);

- в городе имеется 6 медицинских колледжей и 2 медицинских вуза, готовящие медицинский персонал среднего звена;

- в городе имеется 6 ведущих организаций, ведущих переподготовку и повышение квалификации МПСЗ (РМК, АМК, КазНМУ, ВШОЗ, АГИУВ, ИСД).

Общий объем выборки исследования представлен в таблице 8.

Таблица 8 – Общий объем выборки исследования

Группа для исследования	Объем выборочной совокупности
Главные и старшие медсестры и акушерки	360
Медицинские сестры	386
Студенты медицинских сузов и вузов	384
Пациенты	460
Эксперты	440
Итого	2030

Методы исследования: исторический, библиографический, внутренний анализ документов (информационных источников и действующей нормативно-правовой документации), социологический (анкетирование, тестирование), статистические, экспертных оценок.

Структура исследования.

1. Анализ нормативно-законодательной базы сестринского дела проводился с целью определения:

- направлений дальнейшего развития сестринского дела в соответствии с международными рекомендациями;

- объема выполняемых МПСЗ функций, в т.ч. границ сестринской практики (полномочий и ответственности).

Для изучения были отобраны основополагающие документы ВОЗ, Конституция и Кодексы Республики Казахстан (Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения, Трудовой кодексе), действующие Постановления Правительства РК, приказы МЗ РК, регламентирующие сестринское дело, а также и внедряемые в отечественном здравоохранении стратегии. Были изучены квалификационные требования и характеристики, функциональные обязанности и профессиональные стандарты в области сестринского дела.

2. Анализ данных официальной медицинской статистики по количественному и качественному составу кадров МПСЗ (данные Мединформ). Были изучены показатели численности, обеспеченности, квалификационного уровня МПСЗ в РК за 1990-2013 гг.

3. Социологическое исследование руководителей сестринских служб и подразделений медицинских организаций ставило целью определение социально-демографических характеристик, степени удовлетворенности работой и системой повышением квалификации, самооценки управленческих навыков, условий рабочей среды.

Социологический опрос проводился одномоментно среди главных и старших медсестер из различных регионов республики, проходивших постдипломное обучение в КазНМУ и медицинских организаций г.Алматы.

Численность руководителей сестринских кадров в больничных и организациях ПМСП системы МЗ РК составила около 10075 человек. Нами в программе Sample Size Calculation for X-Sectional Surveys был произведен расчет необходимого объема выборки, согласно которой при 95%-ном доверительном интервале объем репрезентативной выборки руководителей сестринского дела составил 370 человек, которые и были охвачены анкетированием, возврат составил 360 анкет (97 %), что является достаточным объемом для проведения анкетирования.

Анкетирование было анонимным. Анкеты предоставлялись на казахском и русском языках (Приложение Б).

Первоначально было проведено исследование в пилотной группе (10 медсестер-руководителей) из числа проходивших обучение менеджменту в 2012 г. в КазНМУ.

Анкета для опроса медсестер-менеджеров включала следующие разделы:

1) демографические и социально-гигиенические характеристики (пол, возраст, семейное положение, занимаемая должность, образование, специальность по диплому, уровень квалификации, стаж работы общий и в должности руководителя);

2) вопросы, касающиеся повышения квалификации (мотивация обучения, мнение о периодичности, предпочитаемых методах и формах последипломного обучения, оценка качества образовательного процесса и пр.);

3) оценка рабочей среды и удовлетворенности работой;

4) самооценка лидерских и управленческих компетенций.

4. Социологическое исследование медицинских сестер ставило целью определение социально-демографических характеристик, степени удовлетворенности работой и повышением квалификации, условий рабочей среды, определения структуры рабочего дня (само хронометраж затрат рабочего времени) и рабочей нагрузки.

Социологический опрос проводился одномоментно среди медицинских сестер ГП №8 и ГКБ №1 г.Алматы и 3-х клиник КазНМУ (Университетская клиника «Аксай», Клиника внутренних болезней, ОКЦ).

Всего было опрошено 386 медсестер, что составило 90% от общей численности МПСЗ в данных медицинских организациях.

Анкета для опроса медицинских сестёр включала следующие разделы (Приложение В):

- социально-демографические характеристики (пол, возраст, семейное положение образование, место работы, квалификационная категория);
- удовлетворенность условиями и оплатой труда;
- самооценка уровня здоровья;
- временные затраты на выполнение основных обязанностей

5. Социологическое исследование студентов специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» медицинского колледжа и университета проведено с целью определения мотива выбора профессии, степени удовлетворенности обучением, готовности к профессиональной деятельности, выявления факторов, влияющих на подготовку, планов дальнейшего трудоустройства и продолжения образования.

Социологический опрос проводился одномоментно среди студентов 3-го курса РМК и студентов 2-4 курсов КазНМУ.

Выборка студентов РМК осуществлялась гнездовым методом: по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело» и «Акушерство» было отобрано 15 групп обучающихся, в которых было проведено анкетирование сплошным способом. В исследовании проанкетировано 300 студентов 3-го курса РМК при заранее рассчитанном необходимом объеме репрезентативной выборки в 234 единицы.

Среди студентов 2-4 курсов (84 человека) КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова специальности «Сестринское дело» анкетирование было проведено сплошным способом ввиду малочисленности, обучающихся по данной специальности.

Для опроса студентов была использована анкета, разработанная Р.К. Малинаускас для изучения мотивации студентов, и адаптированная нами применительно к медицинскому образовательному учреждению [103].

Анкеты для опроса студентов включали следующие разделы:

- демографические характеристики;
- причины выбора профессии;
- удовлетворенность полученными знаниями и навыками;
- удовлетворенность качеством обучения;
- самооценка готовности к профессиональной деятельности;
- планы трудоустройства и продолжения образования (Приложения Г, Д).

6. Социологическое исследование пациентов проведено с целью определения степени удовлетворенности качеством сестринской помощи.

Социологический опрос проводился среди взрослых пациентов, обратившихся в 3 клиники КазНМУ (больничная и амбулаторная помощь), в т.ч. родителей детей, находившихся на лечении в Университетской клинике «Аксай». Анкетированием было охвачено 500 пациентов, возврат составил 460 анкет (92 %), что является достаточным объемом для проведения анкетирования.

Для изучения удовлетворенности пациентов качеством сестринского ухода был разработана анкета, включавшая паспортную часть, вопросы по балльной оценке отношения медицинского персонала, выполнения профессиональной деятельности и т.п. (Приложения Е, Ж).

7. Тестирование проводилось с целью изучения особенностей управленческой деятельности медсестер-руководителей.

Были использованы общепринятые в менеджменте и психологии тесты «Организованный ли Вы человек?», «Мотивация к успеху» и «Построение мотивационной кривой».

Тестирование проводилось одновременно с анкетированием 360 главных и старших медсестер.

8. Экспертная оценка ставила целью оценку возможности делегирования части врачебных полномочий сестринскому персоналу.

В качестве экспертов были выбраны руководители медицинских организаций и сестринских служб медицинских организаций г.Алматы и регионов республики. Основным условием выбора экспертов было наличие не менее 5 лет стажа в руководящей должности в медицинской организации.

В экспертной оценке приняли участие 80 главных врачей, проходивших постдипломное обучение в КазНМУ, и 360 руководителей сестринских служб медицинских организаций г.Алматы и прибывших из других регионов Казахстана на постдипломную подготовку в КазНМУ.

Экспертная оценка проводилась с помощью специально разработанной Карты (Приложения К, Л).

Характеристика исследуемых групп респондентов

1. Характеристика группы руководителей сестринских служб

Всего было опрошено и протестировано 360 медсестер-руководителей, в т.ч. главные (n=81) и старшие медицинские сестры и акушерки (n=279) медицинских организаций г.Алматы и регионов.

Все респонденты были женщины. Средний возраст старших и главных медсестер составил 44,7 лет (Me=46; Q1=24; Q3=65). Средний возраст главных медицинских сестер 47,9 лет (Me=47; Q1=31; Q3=61). Старшие медицинские сестры были моложе, их средний возраст составил 44,7 лет (Me=45; Q1=24; Q3=65), различия достоверны ($\chi^2=227,2$; df=108; $p\leq 0,0001$).

Стаж работы в системе здравоохранения у главных и старших медсестер составил 23,7 лет (Me=25 лет; Q1=2; Q3=42). Различия достоверны ($\chi^2=209,7$; df=114; $p\leq 0,0001$). Стаж в должности руководителей в обеих группах составил 8,2 лет (Me=5; Q1=1; Q3=28). У главных медицинских сестер он составил 6,5

лет ($Me=3$; $Q1=1$; $Q3=28$), а у старших медсестер - 8,7 лет ($Me=7$; $Q1=2$; $Q3=28$). Различия достоверны ($\chi^2=175,5$; $df=72$; $p \leq 0,0001$). Распределение респондентов по стажу руководящей работы показало, что стаж руководящей работы до 3-х лет и от 10 до 20 лет имели по 27% опрошенных руководителей (рисунок 2).

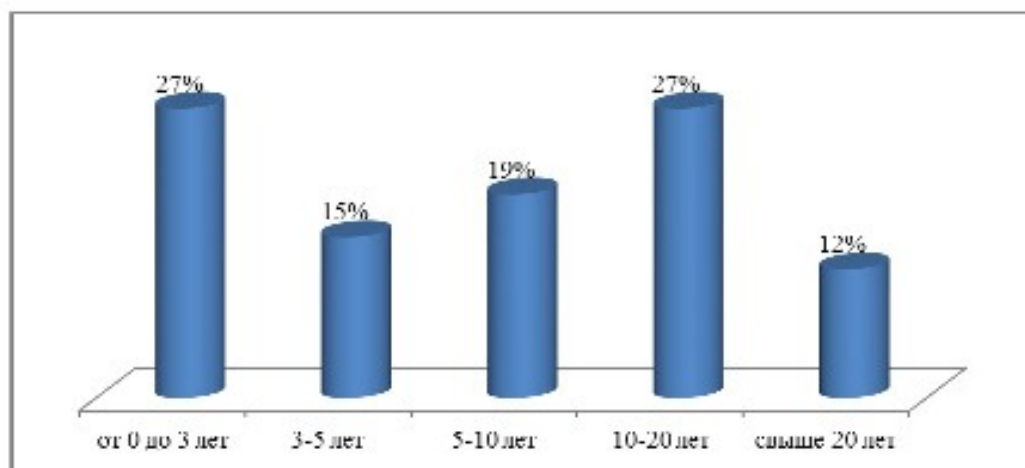


Рисунок 2 - Распределение респондентов по стажу руководящей должности

По типу медицинской организации, в которых работали респонденты, выборка разделилась следующим образом: 68% ($n=245$) работали в больничных организациях, в АПО - 27% ($n=97$), в специализированных медицинских организациях - 5% ($n=18$).

Характеристика исследуемой группы по занимаемым должностям представлена следующим образом: главные сестры составили 24% ($n=86$), старшие медицинские сестры - 72% ($n=260$), старшие акушерки - 4% ($n=14$).

Все респонденты имели базовое медицинское образование, в т.ч.: окончили медучилище 85% ($n=306$), медицинский колледж - 15% ($n=54$). Квалификацию «медсестра-менеджер» имели 10% ($n=36$). Среди главных медсестер г.Алматы доля лиц, имевших высшее сестринское образование, составила 50% ($n=10$). У 81% ($n=291$) респондентов базовая специальность по диплому была «Сестринское дело», у 8% ($n=29$) - «Акушерское дело», у 11% ($n=40$) - «Лечебное дело».

Среди главных и старших медсестер, имевших высшее сестринское образование, преобладала возрастная группа от 41 до 60 лет. 68% ($n=245$) респондентов на момент исследования были замужем. Высшую квалификационную категорию по сестринскому делу имели 82% ($n=295$) руководителей, первую категорию - 5,8% ($n=21$), вторую - 1,5% ($n=2$), не имели квалификационной категории 10,6% ($n=38$). В то же время квалификационные категории по специальности «медицинская сестра-менеджер» имели только 2% ($n=7$) опрошенных респондентов.

2. Характеристика группы медицинских сестер

В опросе приняли участие медсестры больничных и амбулаторно-поликлинических организаций г.Алматы ($n=386$).

Численность медсестер АПО составила 21% (n=80), ГКБ№1-41% (n=159), клиник КазНМУ-38% (n=147).

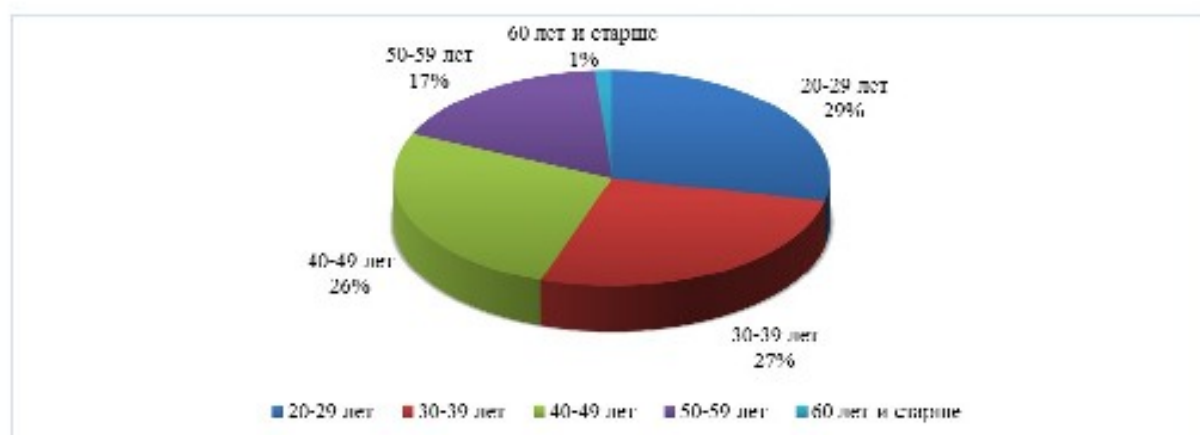


Рисунок 3 - Распределение медсестер по возрастным группам

Среди опрошенных медицинских сестер преобладали возрастные группы: 20-29 лет (30%), на втором месте - лица в возрасте 30-39 лет (26%), на третьем- 40-49 лет (26%). Респонденты старших возрастных групп составили 18%, в том числе пенсионного возраста- 1% (рисунок 3).

Таблица 9 - Распределение медицинских сестер по уровню образования и квалификации

Характеристики	ГП№8		ГКБ№1		Клиники КазНМУ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Образование</i>						
Среднее медицинское	77	96,3	156	98,3	143	97,3
Высшее сестринское	3	3,7	3	1,7	4	2,7
<i>Квалификационная категория</i>						
Высшая	32	40	58	36,7	67	46
Первая	6	8	11	7	11	7
Вторая	2	2	10	6,6	3	2
Без категории	40	50	80	49,7	66	45

Распределение опрошенных медсестер по уровню образования и квалификации представлено в таблице 9.

Численность медсестер, имевших высшее сестринское образование, была самой высокой в городской поликлинике №8 (3,7%), самой низкой – в городской клинической больнице №1.

Квалификационные категории имели 50% медсестер ГП № 8, 51,3% медсестер ГКБ № 1 и 55% медсестер клиник КазНМУ. Численность специалистов, имевших высшие квалификационные категории, была самой высокой в клиниках КазНМУ (46%), самой низкой – в ГКБ № 1 (36,7%). Среди всех респондентов, имевших квалификационные категории, преобладали

специалисты с высшей категорией. На рисунке 4 представлена структура респондентов по стажу работы после окончания суза.

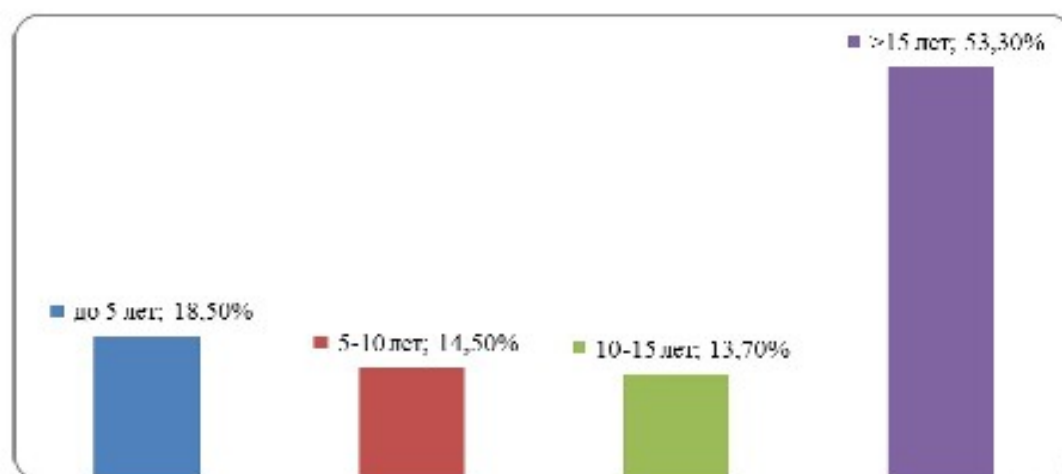


Рисунок 4 - Структура медсестер по стажу работы после окончания суза

Из приведенных данных видно, что наиболее многочисленную группу имели медсестры со стажем работы более 15 лет (53,3%). Наименьшую долю среди опрошенных медсестер имели специалисты со стажем работы от 5 до 10 лет (14,5 %).

3. Характеристика группы студентов.

Характеристика группы студентов Республиканского медицинского колледжа. Из 300 опрошенных студентов Республиканского медицинского колледжа 81% (n=243) составили девушки. 12% (n=36) респондентов были в возрасте 19 лет, 88% (n=262) - в возрасте 20-29 лет. Средний возраст составил 20,6 лет (Me=20; Q1=18; Q3=30).

Наиболее многочисленной группой были студенты специальности «Сестринское дело» - 56% (n=168), второй по численности была группа студентов специальности «Лечебное дело» - 35% (n=105), третьей – «Акушерское дело» - 9% (n=27, рисунок 5).

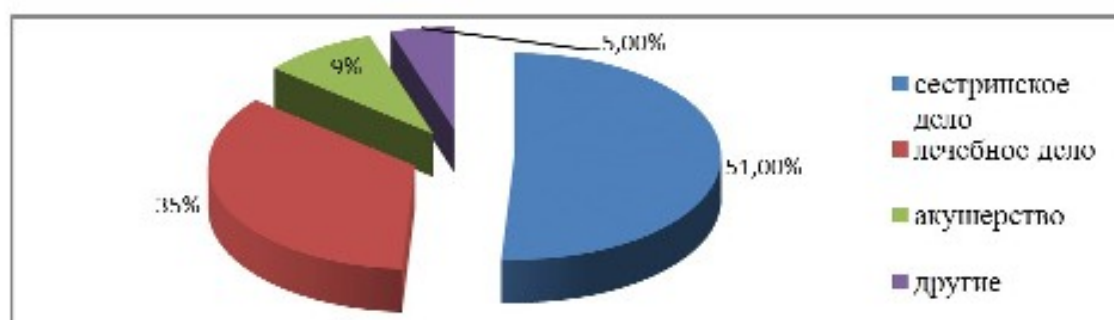


Рисунок 5 - Распределение студентов РМК по специальностям

Большинство были городскими жителями - 70% (n=210). На момент исследования 27% (n=81) студентов состояли в браке, из них 76% (n=61) имели детей до трех лет. 46% (n=138) студентов учились на платной основе.

Характеристика студентов КазНМУ. Всего в исследовании приняли участие 84 студента, обучавшихся по специальности «Сестринское дело». Подавляющее большинство представили девушки (91%), средний возраст составил – 20,9 лет (M=21; Q1=21; Q3=23).

Все студенты учились на бюджетном отделении. Распределение студентов по курсам обучения составило примерно равные пропорции: 40% (n=34) студенты 2 курса, 23% (n=19) студенты 3 курса и 37% (n=31) студенты 4 курса.

80% (n=67) опрошенных студентов не состояло в браке. Из 20% (n=17) состоявших в браке, детей до 3-х лет имели 5% студентов. Практически все студенты поступили в университет после окончания школы.

4. Характеристика группы пациентов. Выбор клиник КазНМУ для проведения социологического опроса пациентов был обусловлен тем фактом, что в университете разработана концепция реформирования сестринского дела и проведены определенные организационные и функциональные преобразования:

- уменьшена нагрузка на медсестер до 15-20 пациентов в смену;
- внедрены сестринские Листы наблюдения за пациентами;
- регулярно проводится обучение сестер на тематических семинарах университета.

Было опрошено 460 пациентов, в том числе 310 взрослых пациентов и 150 родителей (родственников) детей, получавших лечение в детской больнице «Аксай».

Среди 310 взрослых пациентов городские жители составили 69,4% (n=215), сельские жители-30,6% (n=95); мужчин было 29,4% (n=91), женщин 70,6% (n=219).

Средний возраст пациентов составил 42,8 лет (Me=42,8;Q1=19;Q2=76). Большая часть респондентов, на момент исследования, состояла в браке - 68% (n=211). 72,9% (n=226) пациентов впервые получали лечение в данных клиниках.

34,6% (n=108) респондентов имели высшее образование, 25% имели среднее специальное (n=7) и 22,9% (n=71) среднее образование, что свидетельствует о довольно высоком образовательном уровне респондентов (рисунок 6).



Рисунок 6 - Распределение пациентов объединенных университетских клиник по уровню образования

Распределение пациентов по роду занятий показало, что работающие составили - 61,3%, преобладающей профессиональной группой были представители рабочих профессий - 28,1% (n=87) и служащие - 15,2% (n=470, рисунок 7).



Рисунок 7 - Распределение пациентов объединенных университетских клиник по роду занятий (в %)

Неработающие составили 38,7%. Среди этой группы были пенсионеры 19,7% (n=61), безработные 13,5% (n=42), домохозяйки 7,7% (n=24).

По характеристике материального благосостояния пациенты были разделены на три группы:

- 32,9 % (n=102) респондентов имели месячный доход ниже 50 тыс.тг.;
- 33,2% (n=103) от 50 тыс.тг. до 100 тыс.тг.;
- 26,1% (n=81) свыше 100.тыс.тг.

Почти половина пациентов (52,3%, n=162) оценили свое здоровье как «удовлетворительное», «хорошим» считают свое здоровье 28,1% (n=87), «плохим» 19,7% (n=61).

Из 150 опрошенных родителей (родственников) детей, 31,8% (n=48) составили городские жители, 68,2% (n=102) - сельские жители. 76,8% (n=116) были мамы, отцы составили 5,3% (n=8), бабушки - 11,3% (n=17), другие родственники - 5,3% (n=9). Средний возраст респондентов составил Me=36,1 (Q1=20; Q3=67). По уровню образования большую часть составили лица, имевшие высшее образование-39,7% (n=60), второй по численности были лица, имевшие среднее специальное образование - 25,2% (n=38), третью - лица со средним образованием - 22,5% (n=34, рисунок 8).

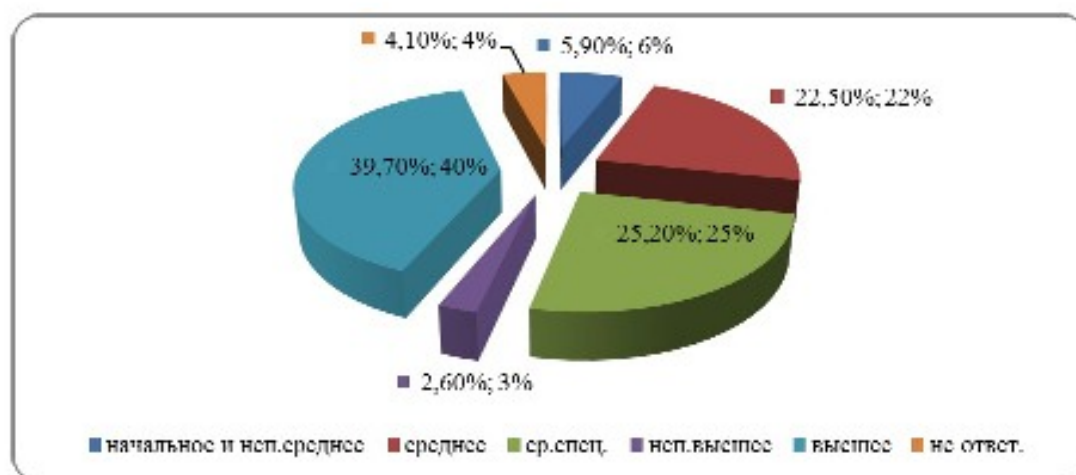


Рисунок 8 - Распределение респондентов/родителей по уровню образования

Работающие респонденты составили 33,1% (n=49), среди которых преобладали служащие – 18,5% (n=28), от общей численности респондентов. Неработающие составили 66,9% (n=101), из них преобладали домохозяйки-48,3% (n=73), вторую по численности группу составили безработные - 7,35 (n=11) и пенсионеры 6% (n=9, рисунок 9).

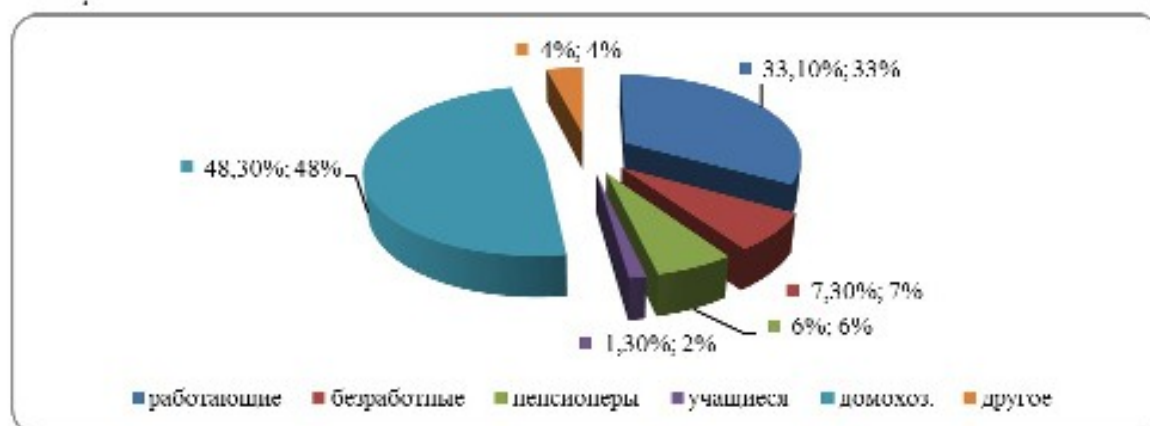


Рисунок 9 - Распределение респондентов/родителей по роду занятий (в %)

Большая часть респондентов имела месячный доход от 50 тыс.тг. до 100 тыс.тг - 56,3% (n=85); 18,5% респондентов имели доход ниже 50 тыс.тг - 18,5% (n=28); 12,6% (n=19) имели доход выше 100 тыс.тг. в месяц.

5. Характеристика группы главных врачей.

Экспертную оценку дали, помимо выписанной группы главных и старших медсестер, 80 главных врачей.

Среди главных врачей стационаров мужчины составили 71% (n=35), женщины - 29% (n=15), их возраст составил - M=49,6 (Q1=26; Q3=67). Среди главных врачей АПО женщин было 60,3% (n=18), мужчин - 40% (n=32). Возраст главных врачей АПО составил - M=47,6 (Q1=28; Q3=62).

Средний стаж работы в должности руководителя составил: в стационарах 6,8 лет (M=6,6, Q1=1,0; Q3=32), в АПО - 5,8 лет (M=4,7; Q1=1,0; Q3=21).

Все руководители медицинских организаций имели высшее медицинское образование. Второе высшее экономическое образование имели 4 человека, юридическое - 1 человек, первичную подготовку по специальности «Менеджер здравоохранения» имели 5 человек, что составило 6,3%.

Недостатки исследования:

- Исследование включало только тех участников, которые изъявили желание в нем участвовать.

- Включенные в исследование специалисты могли иметь характеристики, существенно отличающие их от других, не включенных в исследование.

- Как и при любом подобном поперечном исследовании, мы имели ограниченную возможность обобщения данных исследования на всю популяцию.

- В ряде случаев невозможно было четко установить причинно-следственную связь вследствие влияния дополнительных (вмешивающихся) факторов, что затрудняло интерпретацию результатов.

Таким образом, разработка концептуальных подходов к совершенствованию сестринского дела методом дескриптивного моделирования была основана на результатах собственных предыдущих исследований:

- анализа кадровых ресурсов МПСЗ;
- анализа системы подготовки и управления сестринским делом;
- анализа нормативно-правовой базы;
- анкетирования, тестирования исследуемых групп;
- статистического анализа;
- изучения международного опыта

Статистическая обработка данных

Применялся анализ абсолютных величин и перевод их в относительные величины, расчет интенсивных и экстенсивных показателей. Доверительный интервал для долей рассчитывался по формуле Уилсона [104-106]:

$$\text{От } p + \frac{z_1^2 \cdot \alpha / 2}{2N} - z_1 - \alpha / 2 \sqrt{\frac{p(1-p)}{N} + \frac{z_1^2 - \alpha / 2}{4N^2}} \\ 1 + \frac{z_1^2 \cdot \alpha / 2}{N}$$

$$\text{до } \frac{p + \frac{z_1^2 - \alpha / 2}{2N} + z_1 - \alpha / 2 \sqrt{\frac{p(1-p)}{N} + \frac{z_1^2 - \alpha / 2}{4N^2}}}{1 + \frac{z_1^2 \cdot \alpha / 2}{N}},$$

где $Z_{1-1/2}$ принимает значения 1,96 при расчете 95% доверительного интервала, N – количество наблюдений, а p – частота встречаемости признака в выборке.

Процедура проверки распределения количественных данных проводилась при помощи трех критериев: графического (histogram, Q-Q plot); с помощью описательной статистики; тестов Kolmogorov-Smirnov и Shapiro-Wilk. В зависимости от нормальности распределения использовался параметрический t -критерий Стьюдента.

Рассчитывались коэффициенты корреляции Спирмена для определения силы и направления взаимосвязи между количественными переменными [107].

Для проверки гипотез о наличии статистической связи между качественными переменными и значимости различий между частотами использовались критерии: хи-квадрат Пирсона, Краскелла-Уоллиса. Для оценки силы взаимосвязи между номинальными переменными использовался критерий ϕ и V Крамера для многопольных таблиц.

Однофакторный линейный регрессионный анализ применялся для сопоставления переменных «стаж работы общий», «стаж работы в должности руководителя» анкетированных.

Критический уровень значимости критерия p в данном исследовании принят равным или меньшим 0,05. Статистическая обработка проведена с использованием пакета прикладных статистических программы SPSS.

3 КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ

Комплексная характеристика сестринского дела включила анализ нормативно-правового обеспечения, кадровых ресурсов, социологическое исследование профессиональных аспектов деятельности специалистов сестринского дела, а также изучение удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи.

3.1 Анализ нормативно-правового обеспечения сестринского дела

В соответствии с международными рекомендациями (Всеобщая Декларация прав человека ООН, 1948) каждый человек «имеет право на такой жизненный уровень и медицинский уход, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи». Одна из трактовок данного тезиса ВОЗ в документах может быть представлена следующим образом: «Каждый человек имеет право на сестринский уход, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи. Система здравоохранения каждой страны должна обеспечивать предоставление сестринской помощи населению» (Приложение И).

В Конституции РК (статья 29) регламентировано, что каждый казахстанец имеет право на охрану здоровья. При этом само понятие охраны здоровья раскрывается в "Кодексе РК о здоровье народа и системе здравоохранения" и может трактоваться следующим образом: «Граждане РК имеют право на получение сестринской помощи в рамках ГОБМП и платных медицинских услуг». Поскольку сестринская помощь является неотъемлемой частью всей медицинской помощи, она может оказываться в рамках ГОБМП и на платной основе, но в соответствии с установленными правилами. МПСЗ осуществляет свою деятельность в каждом из представленных 9 видов медицинской деятельности (медицинская помощь; лабораторная диагностика; патологоанатомическая диагностика; деятельность в сфере заготовки крови и ее компонентов; деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения; деятельность в сфере охраны общественного здоровья; образовательная и научная деятельность в области здравоохранения; экспертиза в области здравоохранения и иные виды незапрещенной деятельности). МПСЗ оказывает 3 из 5 представленных видов МП (кроме специализированной и высокоспециализированной): 1) доврачебная МП (всех специальностей СД); 2) квалифицированная МП (медсестры с высшим сестринским образованием). В данном пункте кроются резервы осуществления самостоятельного сестринского приема и расширения границ сестринской практики.

Одним из приоритетных направлений развития Казахстана в стратегиях «Казахстан-2030» и «Казахстанский путь – 2050: единая цель, единые интересы, единое будущее» является развитие ПМСП, в т.ч. укрепление кадрового потенциала, обеспечение солидарной ответственности за здоровье, создание безопасной рабочей среды и ЗОЖ работников.

По мнению ВОЗ, успешность этих актуальных направлений, во многом зависит от вовлечения МПСЗ в реализацию реформ. При этом, приоритетная роль в профилактике, реабилитации и восстановительном лечении отводится медсестрам. Особое значение придается и подготовке, и использованию МПСЗ в программах скрининга населения.

Таким образом, существующее нормативно-правовое обеспечение в целом, позволяет развивать сестринское дело в стране. Тем не менее, представляется необходимым совершенствование следующих НПА:

1. Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения

- внести в качестве дополнения определения понятий: «сестринское дело», «миссия сестринского дела», «философия и цели сестринского дела». Возможно, эти понятия должны быть представлены и в Концепции развития сестринского дела (в т.ч. приоритетные задачи развития на долгосрочную перспективу);

- внести дополнение в статью 40: «квалифицированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая медицинскими работниками с высшим медицинским и *сестринским* образованием»;

- в статью 47 внести дополнение: «стационарная помощь представлена и доврачебной медицинской помощью (сестринский уход)»;

- статью 53 «Паллиативная помощь и сестринский уход» дополнить: «осуществление сестринского ухода в стационаре под наблюдением врача»;

- статью 182 «Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников» дополнить пунктом о страховании профессиональной деятельности и социальной защищенности МПСЗ;

2. Проект Государственной программы развития здравоохранения на 2016-2020 годы:

- для ускорения процесса делегирования части полномочий от врача к медицинским сестрам необходимо дальнейшее совершенствование доказательных профессиональных стандартов, определяющих объем полномочий и ответственности, с перечнем самостоятельно выполняемых манипуляций и назначаемых медикаментов. Соответственно стандартам практики должны быть разработаны и образовательные стандарты. Все стандарты должны включать перечень необходимых компетенций с их расширением и усложнением по уровням подготовки, специальностям и должностям.

3. Государственная программа развития образования на 2011-2020 гг.

- предусмотреть введение докторантуры PhD по специальности «Сестринское дело» для интеграции образования и возможности подготовки научных и педагогических кадров по данной специальности.

4. Постановления Правительства Республики Казахстан:

- ПП РК №1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий» предусмотреть доплаты за дополнительные нагрузки, например, подготовку резерва

- ПП РК №114 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения РК» - пересмотреть норматив открытия больниц сестринского ухода с учетом реальной потребности населения. Регламентировать открытие отделений сестринского ухода в МО.

- ПП РК №2136 «Об утверждении перечня ГОБМП» - включить в перечень амбулаторно-поликлинических услуг паллиативную помощь и сестринский уход;

- ПП РК №1343 «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода» - включить стандарты оказания паллиативной помощи и сестринского ухода (клинические протоколы, СОПы) с перечнем выполняемых манипуляций и назначаемых медикаментов.

5. Приказы МЗ РК:

- №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» - необходима разработка и утверждение стандартов профессиональной деятельности отдельно для заместителя главного врача по СД и главной медсестры; необходимо дополнить должности МПСЗ, имеющиеся или недавно появившиеся, например, медсестра-менеджер, медсестра ЗОЖ, медсестра-эксперт, медсестра, ведущая самостоятельный прием и др.

Дополнить, что руководителем БСУ может быть медсестра менеджер с высшим сестринским образованием.

Утвердить норму нагрузки палатных медсестер (из расчета 1 круглосуточный пост на 10 коек), в соответствии со сложностью состояний поступающих пациентов.

- №907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения». Включить формы сестринской документации (Карта сестринского осмотра пациента, Лист сестринских назначений, Лист сестринского наблюдения и др.).

Включить стандарты к должностям руководителей сестринских служб и к новым должностям специалистов сестринского дела (медсестра-менеджер, медсестра-преподаватель).

3.2 Кадровая обеспеченность сестринского дела в Казахстане в 1990-2013 гг.

Оценка динамики численности специалистов сестринского дела в Республике Казахстан в 1990 -2013 гг. проведена по материалам официальной статистики. Численность среднего медицинского персонала в 1990 г. составляла 207257 человек, а в 2013 г. – 154912 человек.

Наиболее выраженное снижение численности произошло в 2000 г. - до 106554 человек. С 2001 г. наблюдается постепенное увеличение количества специалистов сестринского дела, однако данные показатели остаются ниже показателей 1990 г. (рисунок 10).

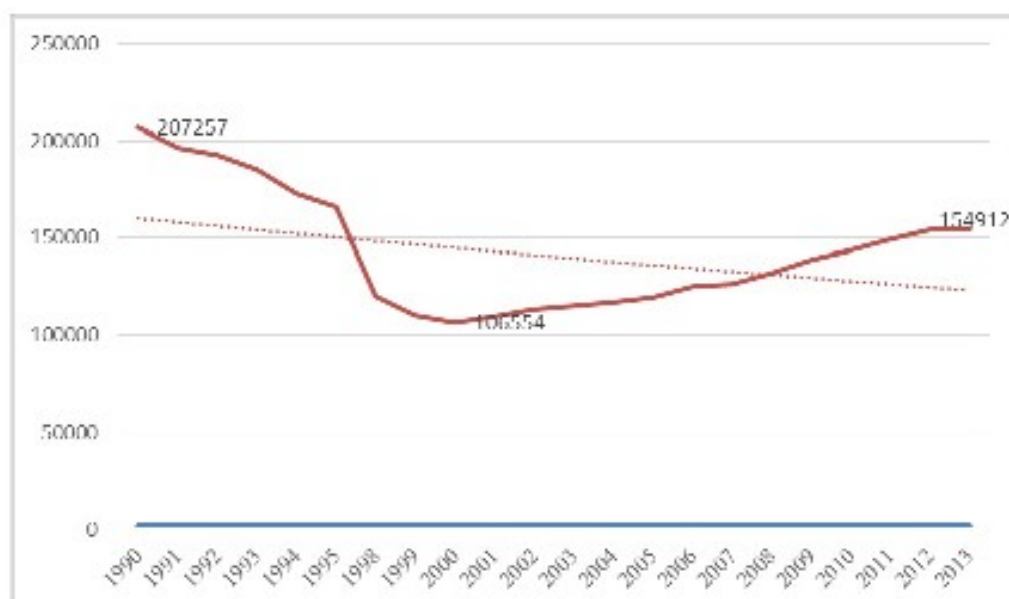


Рисунок 10 - Динамика численности МПСЗ в РК за 1990-2013 гг.

Важным показателем кадровой обеспеченности является соотношение численности врачей и МПСЗ. Как известно, величина этого показателя зависит от выполняемых сестринским персоналом функций, уровня обеспеченности медицинскими кадрами, условий и оплаты труда и др. причин. При этом считается, что большее соотношение с медико-экономических позиций более выгодно для государства (меньшие затраты на подготовку, освобождение врача от рутинной работы, больший охват населения профилактической помощью и др.)

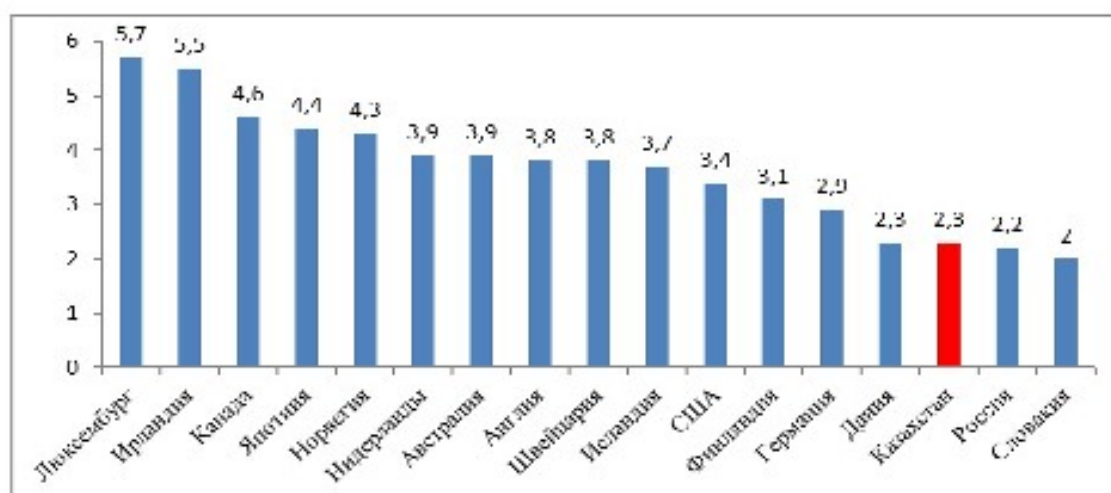


Рисунок 11 - Соотношение численности врачей и МПСЗ в мире (по данным ВОЗ, 2010 г.)

По рекомендации ВОЗ оптимальное соотношение врачей и МПСЗ должно составлять 1:5. Как видно, в Казахстане этот показатель является одним из самых низких (рисунок 11).

В динамике показатель соотношения численности врачей и МПСЗ варьировал с 1:3 в 1990 г. до 1:2,3 в 2013 г. Самые низкие показатели отмечались в период 1999-2006 гг. – 1:2 (рисунок 12).

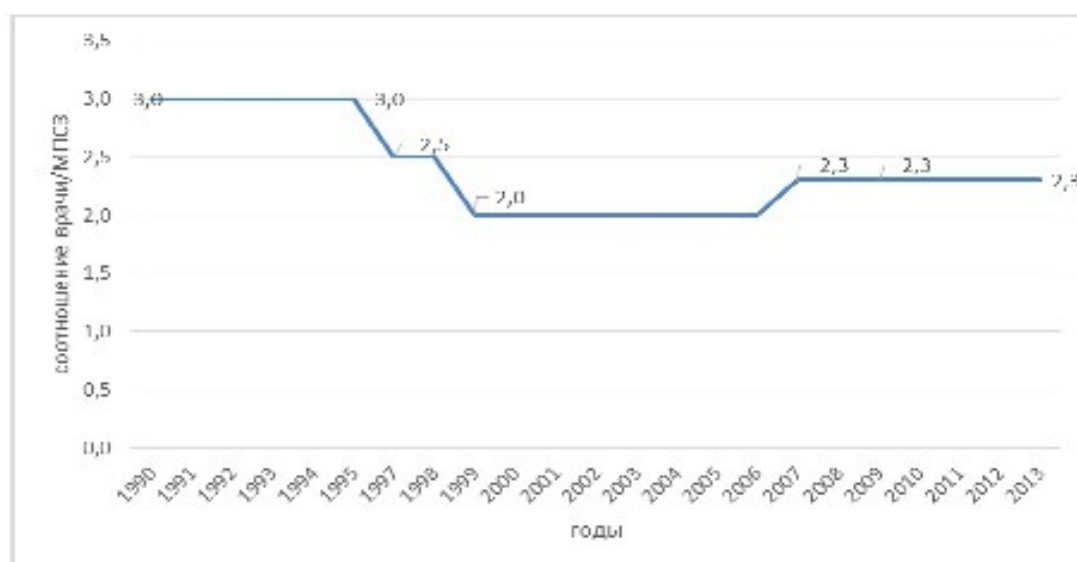


Рисунок 12 - Соотношение численности врачей и МПСЗ в РК в 1990-2013 гг.

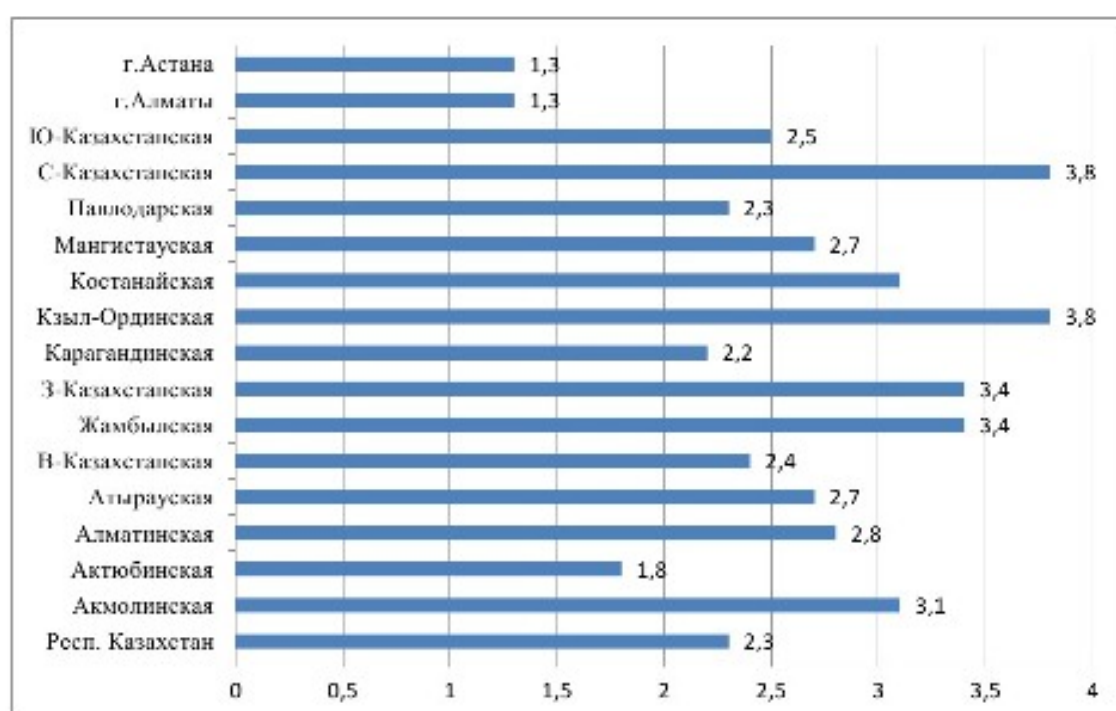


Рисунок 13 - Соотношение «врачи: специалисты СД», в разрезе областей, в 2013 г.

Показатель соотношения численности врачей и МПСЗ также имеет региональные различия (рисунок 13). Самые низкие значения этого показателя в 2013 г. были отмечены в гг. Алматы и Астана - 1:1,3, а самые высокие в Кызыл-Ординской и Северо-Казахстанской областях - 3,8.

Анализ распределения специалистов сестринского дела по областям и крупным городам показал их выраженную неравномерность (рисунок 14).

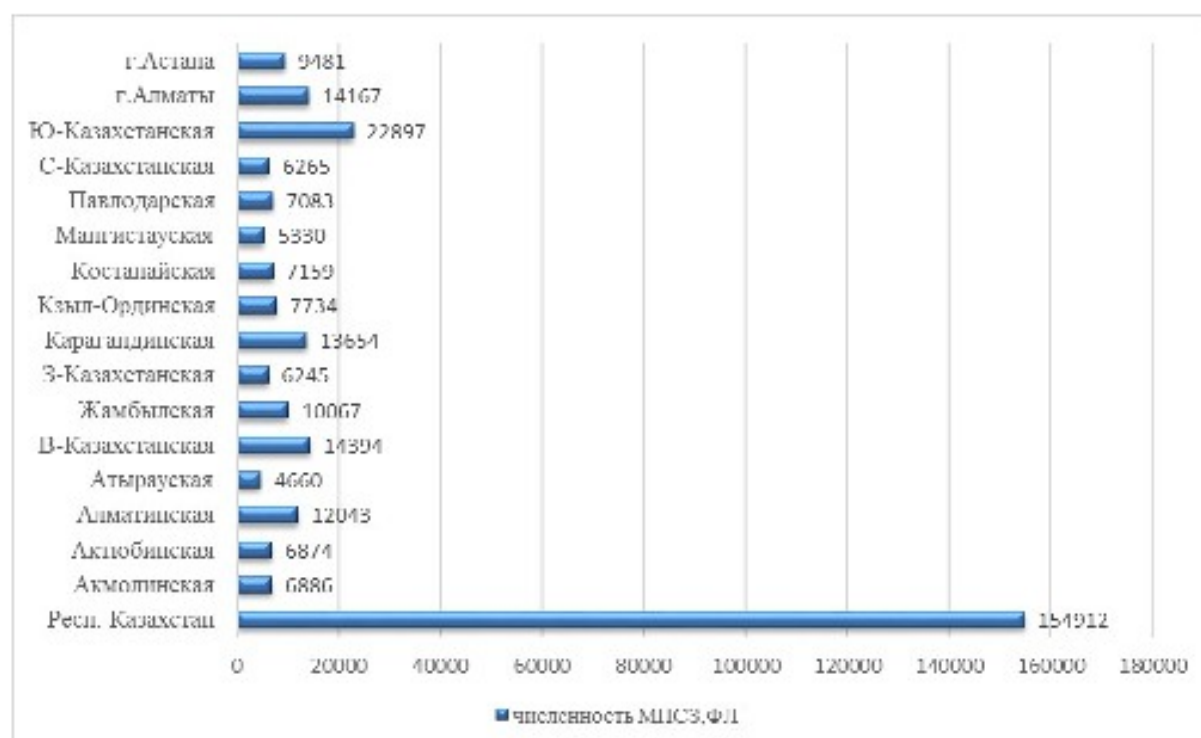


Рисунок 14 - Численность МПСЗ в разрезе областей РК в 2013 г.

Таким образом, наименьшее количество в 2013 г. отмечено в Атырауской - 4660 человек и в Мангыстауской областях - 5306 человек. Наибольшее число МПСЗ наблюдается в Южно-Казахстанской области - 22897 человек и в Восточно-Казахстанской области – 14394 человек.

Одним из важных показателей кадровых ресурсов является обеспеченность населения медицинскими специалистами. В 1990 г. обеспеченность МПСЗ составляла 123,9 на 10 тыс. населения, с 1991 г. значение показателя начало резко снижаться и достигло минимума в 2000 г. - 71,8. С 2001 г. отмечается постепенное увеличение показателя до 90,3 в 2013 г. Таким образом, за исследуемый период обеспеченность населения кадрами МПСЗ уменьшилась в 1,5 раза (рисунок 15).

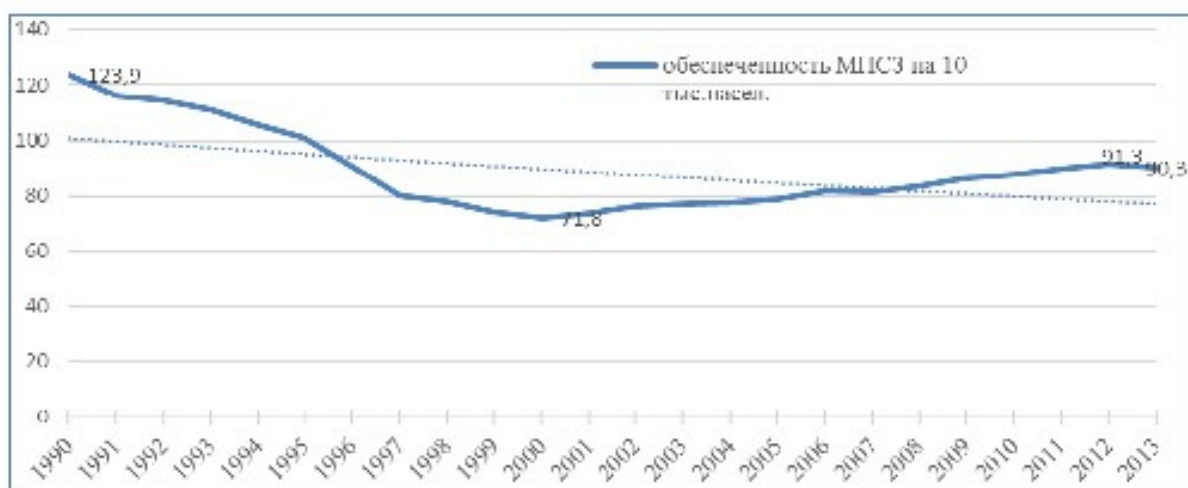


Рисунок 15 - Динамика показателя обеспеченности МПСЗ на 10 тыс. населения РК за 1990-2013 гг.

Показатели обеспеченности МПСЗ также имеют выраженные региональные различия. Так, в 2013 г. самый низкий показатель обеспеченности населения специалистами СД отмечен в Алматинской области (60,7 на 10 тыс. населения), самый высокий – в г.Астана (116,4) и СКО (108,8 на 10 тыс. населения, рисунок 16).

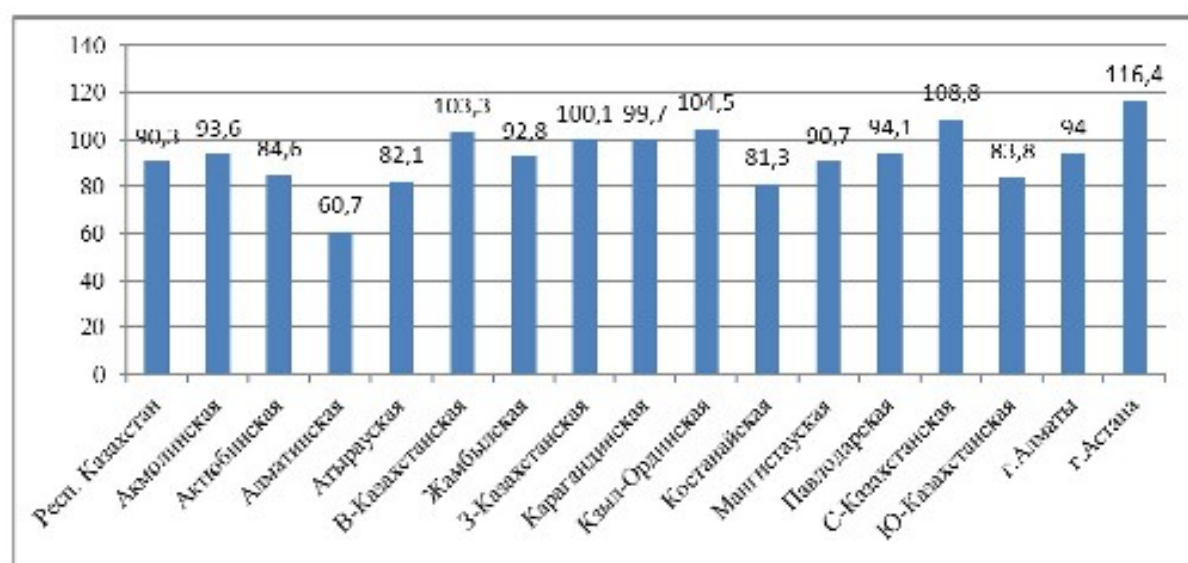


Рисунок 16 - Обеспеченность населения МПСЗ в РК в разрезе областей в 2013 г.

Коэффициент корреляции между численностью и обеспеченностью специалистами СД составил 0,7. Необходимо отметить, что обеспеченность МПСЗ, и положительная динамика роста количества кадров, на сегодняшний день не обеспечивают их достаточного уровня в регионах (таблица 10).

Таблица 10 - Соотношение численности МПСЗ в РК в 1990 г. и 2013 г.

Области	Численность МПСЗ, ФЛ		
	1990	2013	Прирост/убыль, %
Республика Казахстан	207257	154912	-25,3
Акмолинская	9552	6886	-27,9
Актюбинская	8630	6847	-20,7
Алматинская	9747	12043	23,6
Атырауская	7050	4660	-33,9
Восточно-Казахстанская	12968	14394	11,0
Карагандинская	11430	10067	-11,9
Кызылординская	8000	6245	-21,9
Костанайская	18542	13654	-26,4
Мангыстауская	9684	7734	-20,1
Павлодарская	12681	7159	-43,5
Северо-Казахстанская	2986	5330	78,5
Южно-Казахстанская	20277	22897	-12,9
г.Алматы	7122	6265	-12,0
г.Астана	-	9481	-

Так, в Алматинской области количество специалистов СД выросло с 9747 до 12043 за период 1990-2013 гг., прирост составил 23,6%, однако обеспеченность кадрами остается самой низкой (60,7 на 10 тыс. населения). В Южно-Казахстанской области самое большое количество МПСЗ (22897 чел.), однако обеспеченность составила 83,8 на 10 тыс. населения.

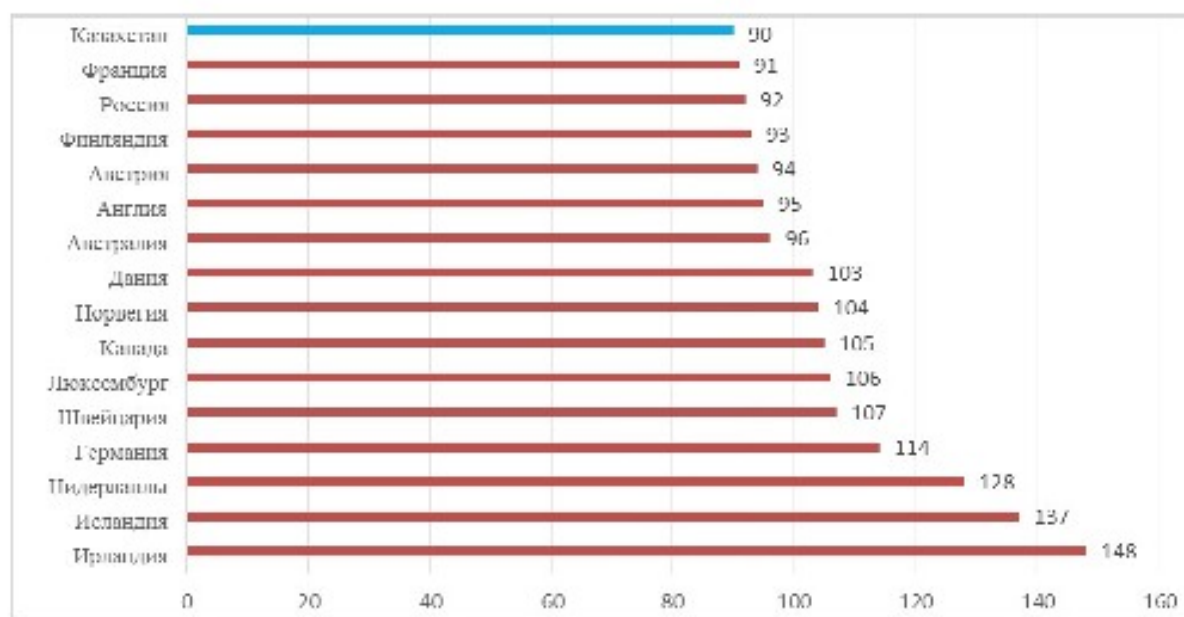


Рисунок 17 - Показатели обеспеченности МПСЗ на 10 тыс. населения в некоторых странах (по данным ВОЗ, 2009 г.)

Таким образом, остается очень актуальной проблема нехватки специалистов сестринского дела, особенно в сравнении с другими странами (рисунок 17).

Нами проведен анализ обеспеченности населения республики медицинскими сестрами и акушерками. Установлено, что количество медицинских сестер в 2012 г. составило 66,3 на 10 тыс. населения. Динамика данного показателя, следующая: до 1993 г. данных в официальных источниках, нет; начиная с 1993 г. показатель обеспеченности медсестрами составил 69,2 на 10 тыс. населения – это самый высокий уровень показателя. Затем в течение 6 лет показатель снижался и составил в 2000 г. 44,7 на 10 тыс. населения – это самый низкий показатель. Начиная с 2001 г., обеспеченность населения медсестрами постепенно увеличивалась, но к 2012 г. еще не достигла показателя 1993 г. (рисунок 18).

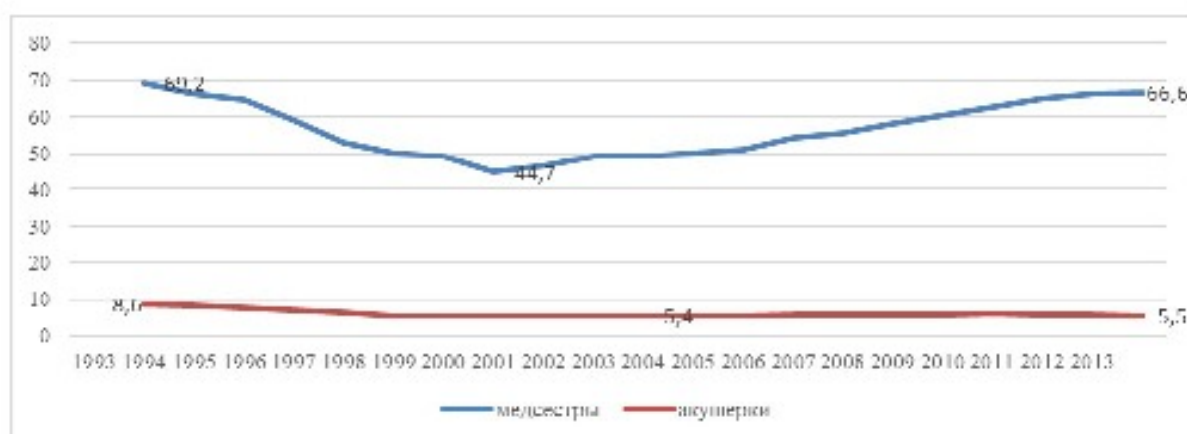


Рисунок 18 - Обеспеченность населения медсестрами и акушерками на 10 тыс. населения в РК, в 1993-2013 гг.

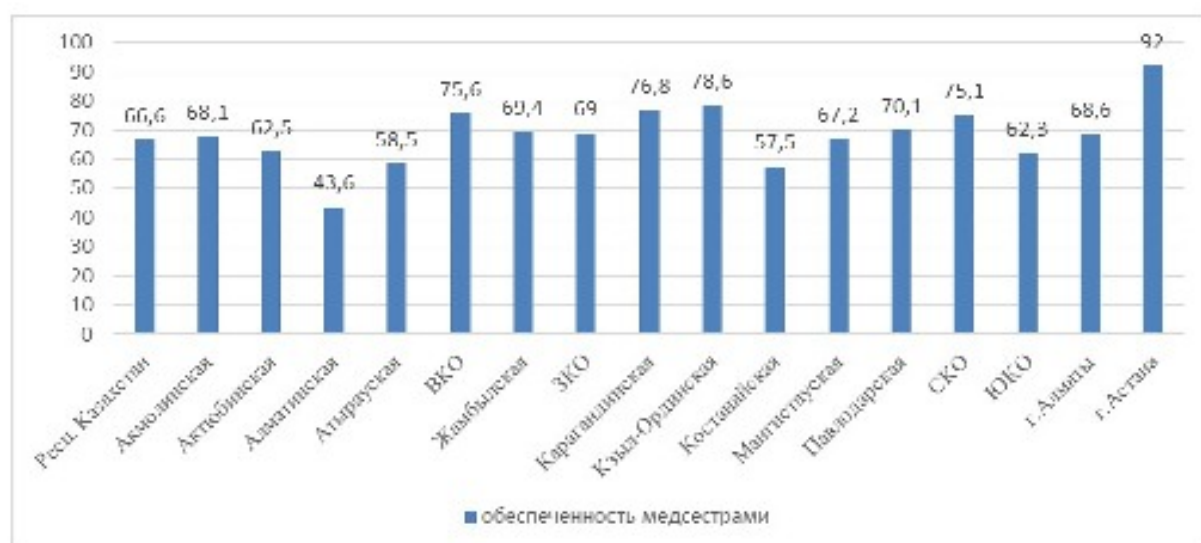


Рисунок 19 - Обеспеченность населения РК медсестрами на 10 тыс. населения в разрезе областей (2013 г.)

Значения показателя обеспеченности населения медсестрами в 2013 г. в разрезе областей варьировали от 43,6 (Алмагинская область) до 92 (г. Астана), т.е. разница составила в 2,1 раза. Наименьшие показатели обеспеченности медсестрами наблюдались также в Атырауской (58,5) и Костанайской областях (57,5, рисунок 19).

Анализ структуры кадровых ресурсов МПСЗ по специальностям показал, что самыми многочисленными профессиональными группами являются медицинские сестры (73%), фельдшеры (8,6%) и акушерки (6,3%, рисунок 20).

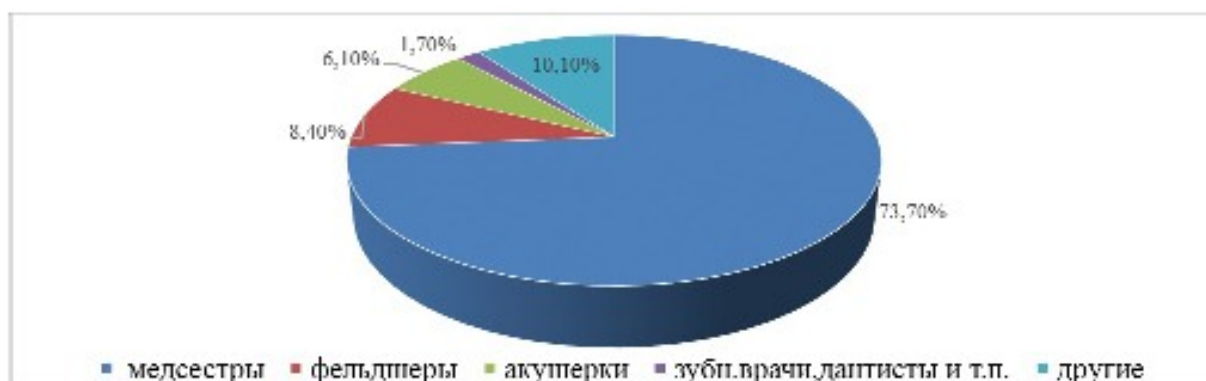


Рисунок 20 - Структура МПСЗ по специальностям в РК в 2013 г.

Одним из показателей качественного состава кадров является доля специалистов, имеющих квалификационные категории.

В 2013 г. доля специалистов, имевших квалификационные категории, в республике составила 75513 чел. (или 48,7%) от общей численности работающих МПСЗ. Из них высшую категорию имели 57 %, первую категорию – 25 % и вторую – 18 % специалистов (рисунок 21).

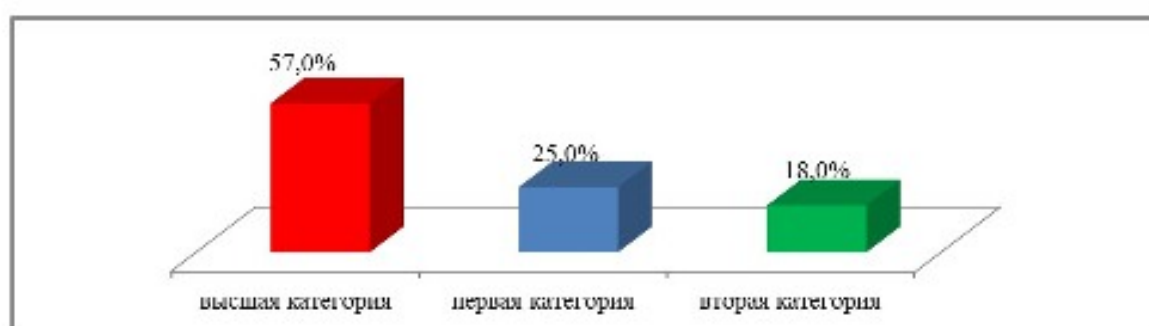


Рисунок 21 - Квалификационный уровень МПСЗ в РК, в 2013 г.

Необходимо отметить, что показатели квалификационного уровня среди МПСЗ, работавших в сельской местности, в 2013 г. составила 27,2% из общего числа специалистов сестринского дела, имевших квалификационные категории.

Анализ квалификационного уровня МПСЗ в разрезе основных специальностей показал, что в 2013 г. квалификационные категории имели более половины медицинских сестер (50,5%), 45% акушерок и 41,6% фельдшеров (рисунок 22).



Рисунок 22 - Доля МПСЗ, имеющих квалификационные категории, в разрезе основных специальностей в РК, в 2013 г.

Высшую квалификационную категорию в 2013 г. имели более половины сестер (58,5%), фельдшеров (52,1%) и акушерок (57%). Первую квалификационную категорию имели примерно по 25% медсестер, акушерок и фельдшеров. Вторую категорию имели 23% фельдшеров, 16,5% сестер и 17,9% акушерок (рисунок 23).

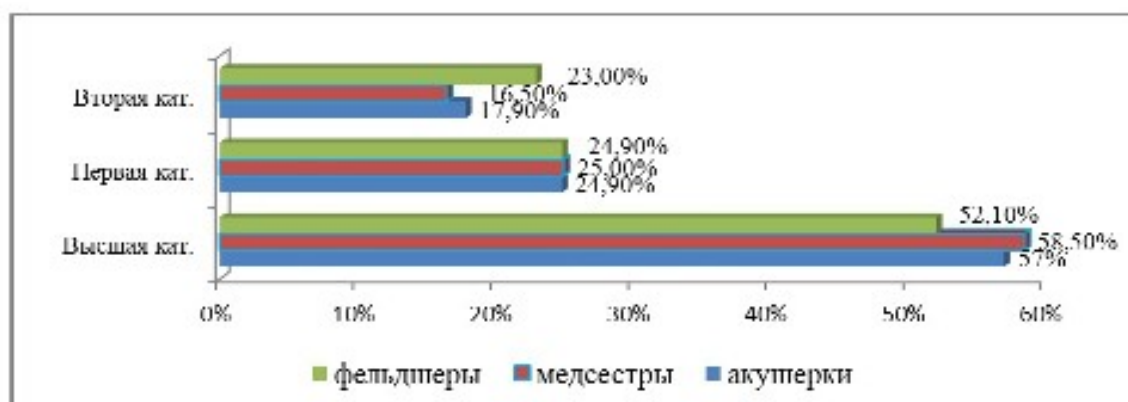


Рисунок 23 - Квалификационный уровень МПСЗ в разрезе основных специальностей в РК, в 2013 г.

Сложившаяся структура ПМСЗ по полу также осталась неизменной, т.е. сестринское дело остается преимущественно женской профессией, что подтверждает показатель доли женщин в общей численности МПСЗ в динамике: 95,2% в 2011 г., 94,4% в 2012 г. и 94% в 2013 г.

Таким образом, анализ официальных статистических данных показал, что в Казахстане по-прежнему, сохраняются негативные тенденции в обеспечении населения медицинской помощью, оказываемой специалистами сестринского

дела, отмеченные и в более ранних исследованиях казахстанских ученых [15, с.28; 17, с. 67]:

- недостаток численности сестринского персонала;
- устойчивый дисбаланс в соотношении между врачебным и средним медицинским персоналом (1:2,3);
- неравномерное обеспечение населения областей/городов Казахстана специалистами сестринского дела;
- выраженная феминизация профессии (94,4% женщин);
- низкие показатели квалификационного уровня кадров [17, с.65-67].

3.3 Социологическая оценка социально-демографических и профессиональных аспектов деятельности медсестер практического здравоохранения

По данным опроса нагрузки на медицинских сестер стационара у 62% опрошенных медсестер ГКБ №1 составляли 25-30 пациентов в смену (n=108; 95% ДИ 59,9-74,9), у 38% нагрузка составляла 20-25 пациентов в смену (n=60; 95% ДИ 30,2-45,8).

У 45% медсестер университетских клиник нагрузка на медсестру составила 15-20 пациентов (n=66; 95% ДИ 6,8-53,3, у 55% сестер нагрузка на сестру составляла от 20 до 25 пациентов (n=81; 95% ДИ 46,7-63,2). Различия достоверны ($\chi^2=19,6$, p=0,002).

В структуре рабочего времени, составленной по результатам опроса палатных медсестер, лечебная работа (выполнение назначений врачей, осуществление общего ухода) занимает 52%; ведение сестринской документации - 20% (рисунок 24).

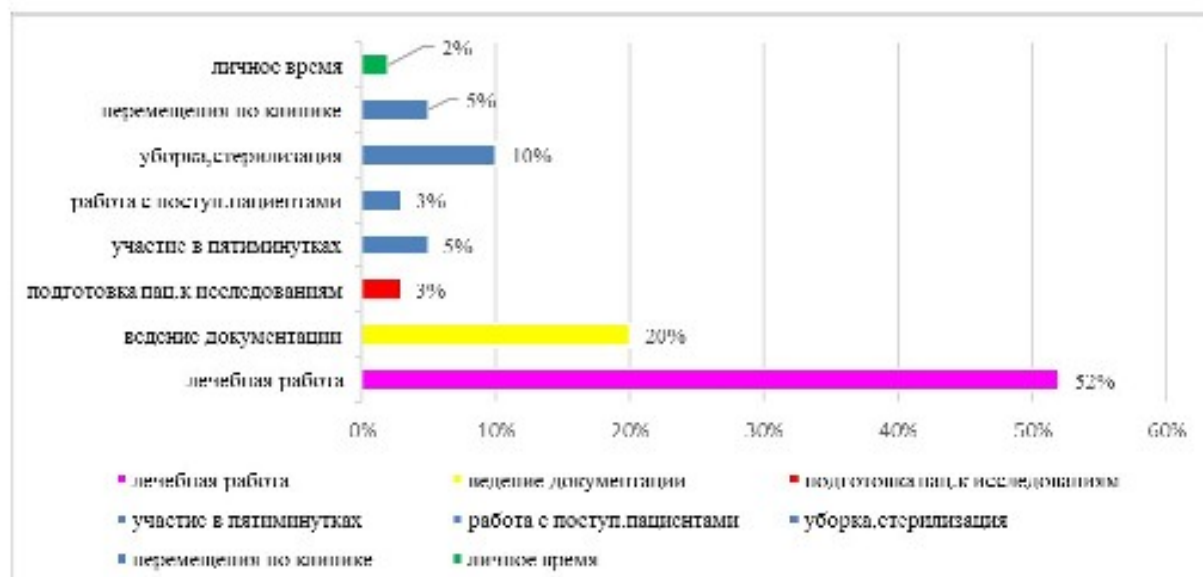


Рисунок 24 - Структура рабочего времени медсестер (по данным самохронометража рабочего времени)

Меньше всего времени занимает подготовка пациентов к исследованиям и процедурам – 3%, а также работа с поступающими пациентами – 3%. На участие в пятиминутках приходится 5% времени; уборка, стерилизация, дезинфекция и пр. - 10%; перемещения внутри клиники - 5%. На личное время остается - 2% времени в смену.

Таким образом, на осуществление сестринского ухода у медсестры в стационаре уходит в среднем 52% рабочего времени, что объясняется необходимостью выполнения многих сестринских манипуляций-инъекции, перевязки, процедуры; вспомогательная деятельность занимает 32% и прочая деятельность - 16%. Полученные данные отчасти схожи с данными других исследований [15, с.116-117].

Загруженность сестер вспомогательной и прочей деятельностью, занимающей более трети рабочего времени, отражается на качестве сестринского ухода, т.к. сокращается время, которое сестры могут уделить пациентам (психологическое общение с пациентами, инструктаж, подготовка к обследованиям и пр.). Необходима реструктуризация деятельности сестер. В настоящее время этому препятствуют загруженность сестер, недостаточная укомплектованность младшим медицинским персоналом, которому можно было бы делегировать некоторые вспомогательные функции, а также отсутствие регламентирующих НПА.

Так, по данным нашего исследования, 60% опрошенных медсестер ГКБ№1 (n=95; 95% ДИ 51,6-67,3) ответили, что на психологическое общение с пациентами у них остается «менее 30 мин в смену», 30% (n=48; 95% ДИ 23,3-38) – могут уделить этому виду деятельности «от 30 до 40 минут», 10% (n=16; 95% ДИ 6,0-16,1) более 40 минут в смену.

Таким образом, при нагрузке в 20 пациентов, медсестра в среднем может уделить не более 2 минут каждому пациенту.

У медсестер университетских клиник на психологическое общение с пациентами остается больше времени. Так 22% (n=32; 95% ДИ 15,6-29,4) медсестер могут уделять общению с пациентами более 40 минут, 42% (n=62; 95% ДИ 34,2-50) - 30-40 минут и 36% (n=53; 95% ДИ 28,4-44,4) - 30 минут в смену.

Установлена статистически значимая взаимосвязь между нагрузками на медсестёр и временем, остающимся на психологическое общение с пациентами ($\chi^2=89,7$; $df=3$; $p\leq 0,0001$). С необходимостью увеличения времени на этот вид деятельности согласны 52% (n=159; 95% ДИ 46,2-57,6) всех опрошенных медсестер стационаров.

Опрос показал, что 68% всех опрошенных сестер (стационары и поликлиника) в той или иной степени удовлетворены работой (n=262; 95% ДИ 62,9-72,5). 22% (n=85; 95% ДИ 18-26,5) затруднились ответить. Не удовлетворены работой 10% респондентов (n=39; 95% ДИ 7,39-13,6). Различия достоверны ($\chi^2=107,8$; $df=5$; $p\leq 0,0001$). Статистически значимой связи между удовлетворенностью трудом и местом работы не установлено ($p=0,12$).

На удовлетворенность работой влияют многие факторы, в т.ч. оплата труда, условия труда, оснащенность стандартами (алгоритмами) ухода,

отношение к профессии в обществе и т.п.

По данным нашего исследования 65% (n=199; 95% ДИ 59,3-70,3) всех медсестер стационаров отметили, что полностью обеспечены стандартами (алгоритмами) сестринских манипуляций в отделениях, 28% (n=86; 95% ДИ 23,2-33,5) ответили, что обеспечены частично, 7% (n=21; 95% ДИ 4,4-10,4) респондентов считают, что не обеспечены.

Одной из главных причин ухода из профессии у сестер является неудовлетворенность оплатой труда (в некоторых европейских странах по этой причине уходят из профессии 58-90% сестер), что подтверждают результаты зарубежных исследований [108].

Так и по данным нашего исследования (рисунок 25) для 55% всех медсестер оплата труда является главным фактором удовлетворенности работой (n=212; 95% ДИ 49,8-59,9). Для 21,3% респондентов очень важным фактором являются условия труда (n=82; 95% ДИ 17,3-25,7), различия достоверны ($\chi^2=154,9$; $df=5$; $p \leq 0,0001$).



Рисунок 25 - Факторы, влияющие на удовлетворенность работой (по данным анкетирования медсестер)

Неудовлетворенность своим материальным положением, не укомплектованность сестринскими кадрами вынуждает сестер совмещать основную работу с дополнительной нагрузкой. Так, по результатам анкетирования установлено, что 35% (n=107; 95% ДИ 29,6-40,6) опрошенных сестер стационаров работают по совместительству. Причем, 25% из них работают на 1,5 ставки, 5% - на 1,25 ставки и 5% совмещают не по специальности.

Рабочая среда в медицинской организации включает несколько характеристик: безопасность (защита от профессиональных рисков, стрессов), минимизация негативного влияния работы на частную жизнь (гибкие графики работы, социальная политика), дифференцированная оплата труда, возможность постоянного обучения и развития, обеспечение необходимыми ресурсами для работы. Неудовлетворительная рабочая среда может быть причиной профессиональных ошибок, синдрома эмоционального выгорания,

нарушения трудовой дисциплины и текучести кадров [109-110].

По результатам опроса чаще всего сестры сталкиваются с биологическими факторами риска (риск заражения при порезах, уколах, контакты с биологическими жидкостями и т.п.) - 44%, на втором месте - психосоциальные риски, связанные с посменной работой, перегрузками - 27%. На третьем месте - химические риски, связанные с постоянными контактами с лекарственными препаратами, дезинфицирующими средствами и т.п. - 17,5% (рисунок 26).

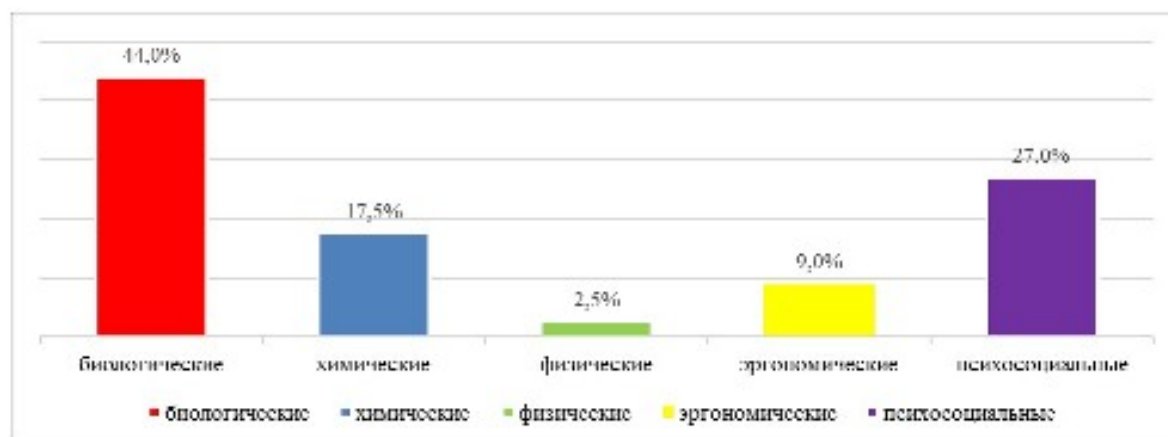


Рисунок 26 - Профессиональные риски в деятельности медсестер

Создание благоприятной рабочей среды заключается в защите от профессиональных рисков, стрессов, минимизации негативного влияния работы на частную жизнь, дифференцированной оплате труда, возможности постоянного обучения и развития, обеспечении необходимыми ресурсами для работы [108, P.6-8]. 70,5% (n=216; 95% ДИ 65,1-75,6) опрошенных медсестер стационаров считает, что медицинская организация обеспечивает безопасные условия труда (маски, перчатки, защитные очки и т.п.).

Условиями труда (оплата труда, эргономичность, удобство, оснащенность рабочих мест и т.п.) в той или иной степени удовлетворены 50,8% сестер стационаров (n=155; 95% ДИ 44,9-56,3). 27,4% (n=84; 95% ДИ 22,6-32,8) не определились с ответом, 20,5% (n=63; 95% ДИ 16,3-25,6) сестер не удовлетворены. Установлена статистически значимая взаимосвязь между удовлетворенностью работой, условиями труда ($\chi^2=107,9$; df=5; $p\leq 0,0001$) и его оплатой ($\chi^2=45,4$; df=5; $p\leq 0,0001$).

Высокие нагрузки, неудовлетворительная оплата труда, необходимость работать по совместительству, профессиональные риски во многом объясняют тот факт, что у 65,6% (n=200; 95% ДИ 59,7-70,7) опрошенных сестер в течение года появлялось желание оставить работу, что является одним из проявлений синдрома эмоционального выгорания.

Тем не менее, профессия медсестры для 19% (n=58; 95% ДИ 14,8-23,8) респондентов является уважаемой профессией; 34,4% (n=105; 95% ДИ 29-39,9) считают профессию своим призванием; для 11,5% (n=35; 95% ДИ 8,2-15,7) - это привычная работа; для 28,7% (n=88; 95% ДИ 23,8-34,2) - возможность оказывать

медицинскую помощь своим близким (рисунок 27).

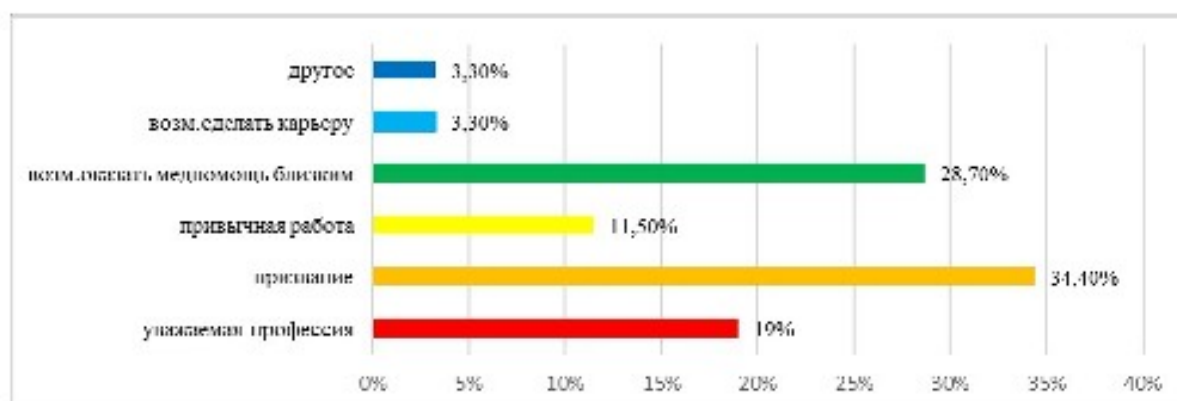


Рисунок 27 - Мнение медсестер о значимости профессии

Переход к общей врачебной практике требует выполнения медсестрами более широкого спектра функциональных обязанностей. В сравнении с работой участковых медицинских сестер, деятельность медицинских сестер общей врачебной практики предусматривает самостоятельное выполнение следующих функций:

- лечебно-диагностическая работа (самостоятельный прием и осмотр больных; оказание пациентам доврачебной и неотложной медицинской помощи; участие в динамическом наблюдении за больными с хроническими формами заболевания в пределах своей компетенции и др.);
- профилактическая работа (участие в скрининговых исследованиях; организация и проведение иммунопрофилактики; патронаж новорожденных и здоровых детей до 1-года на дому; дородовый и послеродовый патронаж; патронаж больных с хроническими заболеваниями на дому и др.);
- обучение пациентов и консультирование по вопросам пропаганды и формирования ЗОЖ; профилактики заболеваний и др.;
- работа с документацией, анализ статистических данных [111].

В современных условиях усиливается профилактический подход в деятельности ПМСП, что вызывает необходимость обучения сестер коммуникативным навыкам, оценке потребностей пациента, навыкам сбора информации и т.д.

Медицинские сестры ведут школы для пациентов с социально-значимыми заболеваниями. Основные задачи школ для пациентов – это разъяснение в доступной форме этиопатогенеза заболевания и его осложнений, возможностей лечения, обучение методам самоконтроля, самопомощи при ухудшении состояния. Целями обучения больных в школах являются стабилизация тяжести заболевания, улучшение качества жизни пациентов, снижение числа осложнений [111, с. 44].

По данным нашего опроса 66% (n=53; 95% ДИ 54,7-76,2) опрошенных сестер ПМСП не проводят самостоятельно занятия в Школах, их деятельность

ограничивается организационной работой (приглашение пациентов, помощь врачам в подготовке материалов и пр.) [15, с. 141].

Структура затрат рабочего времени, составленная по результатам анкетирования сестер поликлиники, представлена на рисунке 28.

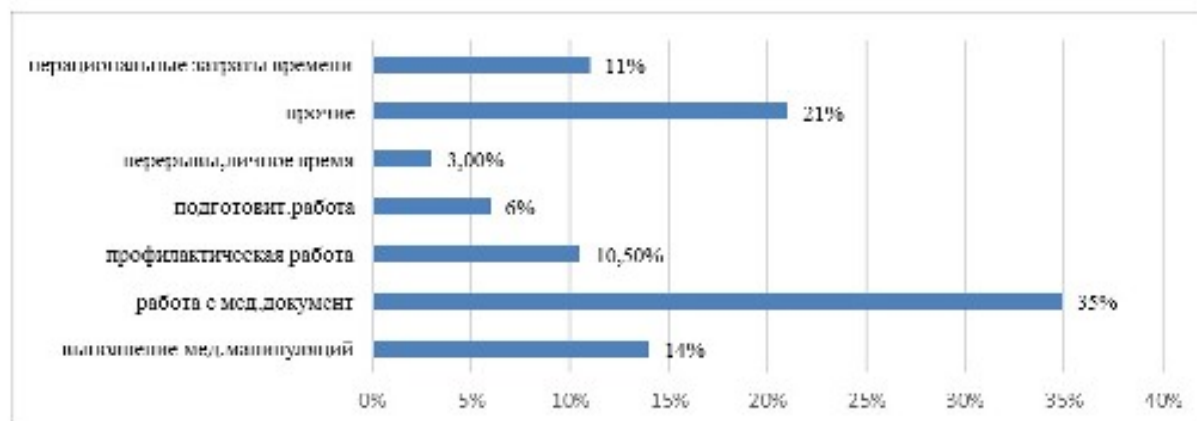


Рисунок 28 - Структура затрат рабочего времени медсестер поликлиники

На выполнение медицинских манипуляций у медсестер поликлиники уходит 14% рабочего времени, много времени отнимает работа с медицинской документацией - 35%, профилактическая работа занимает только 10,5% рабочего времени. Прочие виды работ (участие в совещаниях, конференциях, перемещения, служебные разговоры и т.д.) занимают 21%, нерациональные потери времени составили 11%.

Как показало наше исследование, в амбулаторно-поликлиническом учреждении медсестры тратят больше времени на вспомогательную деятельность, работу с документацией. В условиях больницы преобладает основная деятельность (выполнение инъекций, осуществление ухода за пациентами), причем нередко сестры выполняют работу, не связанную с основными функциями сестринской должности (уборка, дезинфекция, сопровождение пациентов). Эти данные согласуются с исследованиями Тахтаровой Ю.Н. (2007 г.), Злобиной Г.М. (2010 г.) [112-113].

Мы сравнили результаты анкетирования сестер общей врачебной практики и участковых сестер (таблица 11).

Таблица 11 - Структура затрат рабочего времени у медсестер общеврачебной практики и участковых сестер (в %)

Вид деятельности	Участковая медсестра	Медсестра ОВП	χ^2	p
Выполнение медицинских манипуляций	6,7	13,5	45,4	0,0001
Работа с документацией	34,9	25,2	27,0	0,0001
Профилактическая работа	10,5	19,4	54,5	0,0001

Как видно из приведенных в таблице данных сестры общеврачебной практики уделяют в два раза больше времени медицинским манипуляциям (13,5% против 6,7%); профилактической работе (19,4% против 10,5%); меньше времени у них занимает работа с медицинской документацией (25,2% против 34,9%).

Оплатой труда, условиями труда и морально-психологическим климатом в организации в той или иной степени удовлетворены 70,8% сестер поликлиники (n=57; 95% ДИ 60,5-80), не удовлетворены 12,5% (n=10; 95% ДИ 6,4-22,2) и не ответили на вопрос 16,7% (n=13; 95% ДИ 9,2-26,5).

40% всех респондентов считают, что частичная передача врачебных полномочий сестрам не нужна, им хватает выполняемой нагрузки (n=154; 95% ДИ 35-44,9).

37% опрошенных сестер согласны с утверждением, что расширение сестринской практики способствует профессиональному росту сестры и повышению престижа профессии (n=143; 95% ДИ 32,2-42,1). 23% затруднились ответить (n=89; 95% ДИ 20,2-27,6). Различия достоверны $\chi^2=39,8$; df=3; p<0,0001.

Высокий процент респондентов, считающих расширение сестринской практики ненужной можно в какой-то мере объяснить высокими нагрузками, неудовлетворенностью оплатой труда, несовершенством системы управления.

На удовлетворенность работой влияет также самооценка значимости профессии и роли сестер. Так, 55% (n=212; 95% ДИ 49,8-60) сестер по-прежнему видят себя в роли помощника врача, 37% (n=143; 95% ДИ 32,2-42,1) в роли специалиста по выполнению манипуляций и 8% (n=31; 95% ДИ 5,6-11,3) считают сестер равноправными партнерами врачей.

Отмечена низкая мотивация к повышению квалификации-70% (n=270; 95% ДИ 65-74) всех опрошенных сестер считают достаточным обучение с периодичностью один раз в пять лет, 16,4% (n=63; 95% ДИ 12,8-20,4) раз в три года и 7,4% (n=29; 95% ДИ 4,7-10,1) считают, что обучение должно быть непрерывным.

Таким образом, основными функциями МПСЗ являются: уход за пациентом, выполнение врачебных назначений, оказание неотложной медицинской помощи, обучение пациентов и их родственников, профилактика, реабилитация, обеспечение инфекционной безопасности и т.д.

В реальных условиях сестринский персонал тратит основное время на выполнение врачебных назначений, заполнение медицинской документации и выполнение мероприятий санитарно-противоэпидемического режима, что полностью соответствует роли «помощника врача».

Социологическая оценка основных аспектов профессиональной деятельности медицинских сестер подтвердила сохраняющееся наличие ряда негативных факторов, влияющих на удовлетворенность трудом и качество сестринской помощи, отмеченных и в других исследованиях [15, с.126]:

- в деятельности сестер имеют место высокие нагрузки, что объясняется как не доукомплектованием штата МПСЗ и младшего медицинского персонала, так и отсутствием разграничения ответственности и полномочий медсестры и младшей сестры по уходу с передачей последней части сестринских полномочий;

- неудовлетворительные организация и условия труда, недостаточная оплата и механизмы стимулирования труда, признаки синдрома эмоционального выгорания;

- профессиональные риски, низкая мотивация повышения квалификации, недооценка значимости своей профессии;

- неготовность брать на себя выполнение дополнительных обязанностей;

- для 40% респондентов профессия является только привычной работой и возможностью оказать медицинскую помощь близким.

Все перечисленные выше факторы оказывают значительное влияние на качество сестринской помощи.

3.4 Социологическая оценка качества сестринской помощи

Одним из основных критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов полученным лечением и уходом. Разумеется, пациенты не могут в полной мере оценить качество работы врачей и медсестер, но могут оценить отношение персонала, свои психологические ощущения, от которых во многом зависит имидж лечебного учреждения [114].

Понятие качество сестринской помощи включает в себя следующие характеристики: профессиональная компетенция, доступность сестринской помощи, межличностные взаимоотношения, эффективность, безопасность, удобство, удовлетворённость пациентов и медицинских работников [56, с.13-15]. В анкетировании принимали участие родители/родственники детей – пациентов детской больницы «Аксай» и пациенты объединенных университетских клиник, характеристики группы респондентов представлены в главе 2.

79,4% детей поступили в плановом порядке, 8,4% в экстренном и 12,2% в порядке самообращения. Впервые получали лечение в этой больнице 56% детей

Одним из основных факторов, характеризующих качество и организацию медицинской помощи в больнице, является работа приемного покоя. По данным нашего исследования 44% (n=66; 95% ДИ 35,9-52,3) родителей ждали перевода из приемного покоя в отделение от 1 до 2-х и более часов. 20,1% (n=31; 95% ДИ 14,7-28,2) родителей ждали менее 30 мин, 31,8% (n=48; 95% ДИ

24,7-40,2) от 30 до 60 мин. Различия достоверны $\chi^2=26,7,5$; $df=4$; $p\leq 0.0001$ (рисунок 29).

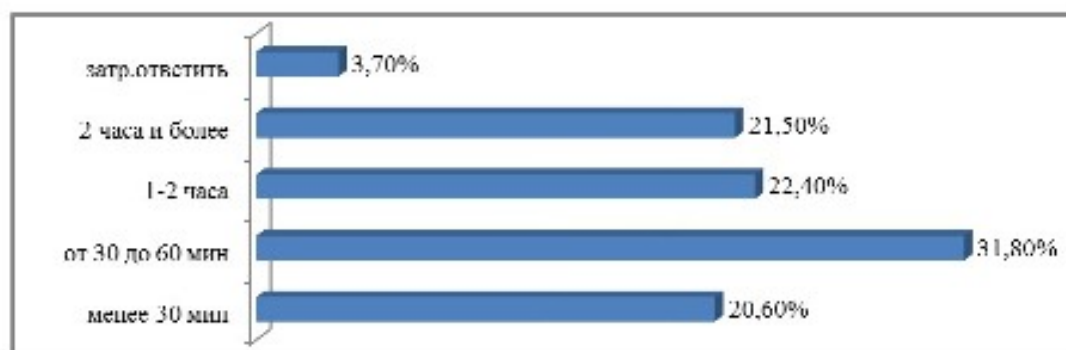


Рисунок 29 - Время ожидания в приемном покое детской больницы «Акса́й» (по данным опроса пациентов)

Санитарно-гигиеническими условиями пребывания в стационаре были в той или иной степени довольны 88,8% ($n=133$; 95% ДИ 82-93) родителей, бытовыми условиями были довольны 70,1% ($n=105$; 95% ДИ 61,8-77).

Безопасностью больничной (наличие пандусов, поручней, предупреждающих табличек) удовлетворены в той или иной степени 78,5% ($n=118$; 95% ДИ 71-84,7) родителей, 14% ($n=21$; 95% ДИ 9-20,8) затруднились ответить и 7,5% ($n=11$; 95% ДИ 3,9-13) не удовлетворены. Менее всего родители были довольны качеством больничной пищи - 35% ($n=53$; 95% ДИ 27,8-43,6).

Удовлетворенность качеством сестринской помощи родители оценивали по следующим параметрам: внешний вид персонала, быстрота реакции персонала на вызов в палату, отношение к ребенку (забота, внимание), уход, качество выполнения сестринских манипуляций (перевязки, инъекции и т.п.), разъяснения сестер по поводу назначенных обследований, процедур и т.п. Оценка проводилась по пятибалльной шкале удовлетворенности Лайкерта, где 5 баллов означали самую высокую степень удовлетворенности, 1 балл - полную неудовлетворенность. Были рассчитаны суммарные оценки, затем вычислены средние значения. Различия достоверны $\chi^2=301,2$; $df=4$; $p\leq 0.0001$.

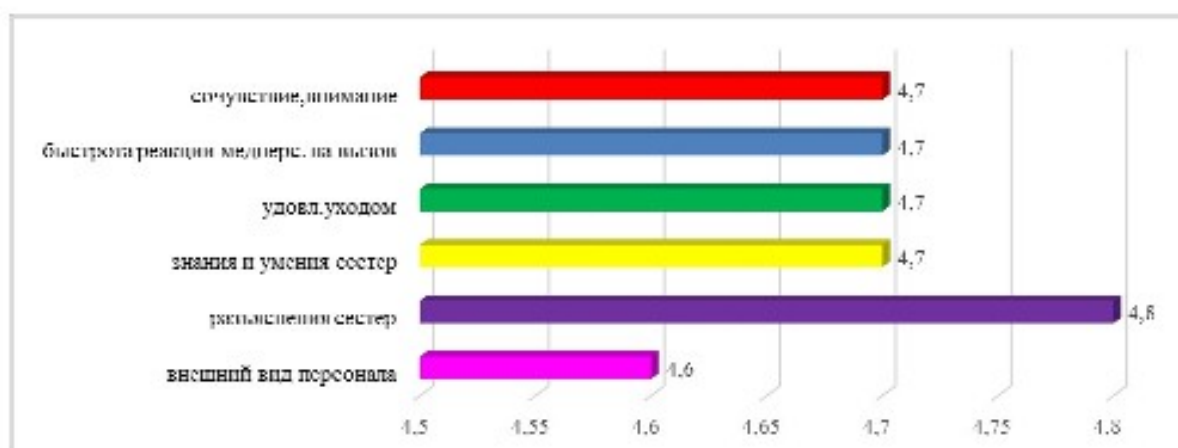


Рисунок 30 - Удовлетворенность родителей качеством сестринской помощи в детской больнице «Аксай» (по данным опроса пациентов)

Результаты опроса родителей показали высокую оценку качества сестринской помощи (рисунок 30).

Личные качества сестер оценивались родителями по семи характеристикам: четыре положительных (милосердие, внимательность, коммуникабельность, умение найти подход к ребенку) и три отрицательных (грубость, равнодушие, нежелание отвечать на вопросы).

Практически все родители были единодушны в оценке личных качеств сестер, отметив такие, как – «внимание», «умение найти подход к ребенку». В целом, отношением к себе и детям медицинского персонала довольны 89,7% родителей (n=135; 95% ДИ 89-90,3). Различия достоверны $\chi^2=237,5$; df=4; $p \leq 0,0001$.

88,7% (n=133; 95% ДИ 82,0-93) родителей удовлетворены соблюдением медицинским персоналом врачебной тайны. Различия достоверны $\chi^2=237,5$; df=4; $p \leq 0,0001$.

Очень важным фактором, влияющим на удовлетворенность пациентов больничной помощью, является создание комфортной среды – своевременная уборка, смена белья, кварцевание. По данным нашего исследования 88,6% (n=133; 95% ДИ 82,2-93,1) родителей были в той или иной мере довольны вниманием со стороны младшего медицинского персонала, затруднившихся ответить и недовольных было по 4,6% (n=14).

51,3% родителей ответили, что состояние ребенка за время пребывания в больнице улучшилось (n=78; 95% ДИ 43,7-60), 14,5% (n=22; 95% ДИ 9,6-21,5) родителей считают, что состояние ребенка осталось без изменений и 34,2% (n=51; 95% ДИ 26,6-42,2) родителей не ответили на вопрос.

Совокупная оценка удовлетворенности качеством медицинской помощи в детской больнице «Аксай» по пятибалльной шкале составила 4,5 балла. Возможно это и объясняет тот факт, что 75% (n=113; 95% ДИ 67,5-81,8) родителей хотели бы рекомендовать своим близким лечение в данной клинике. Различия достоверны ($\chi^2=27,6$; df=4; $p \leq 0,02$).

Также нами было проведено социологическое исследование качества сестринской помощи у 310 взрослых пациентов объединенных университетских клиник (ОКЦ и Клиники внутренних болезней).

Пациенты довольно высоко оценили качество сестринской помощи, что подтверждают суммарные оценки по пятибалльной шкале (рисунок 31).

К сожалению, двадцати восьми (9%) респондентам довелось конфликтовать с сестринским персоналом во время пребывания в стационаре. Причины конфликтных ситуаций: грубость персонала (38%), невнимательность (43%), нежелание отвечать на вопросы (19%). Таким образом, медсестрам необходимо совершенствовать навыки межличностного общения.

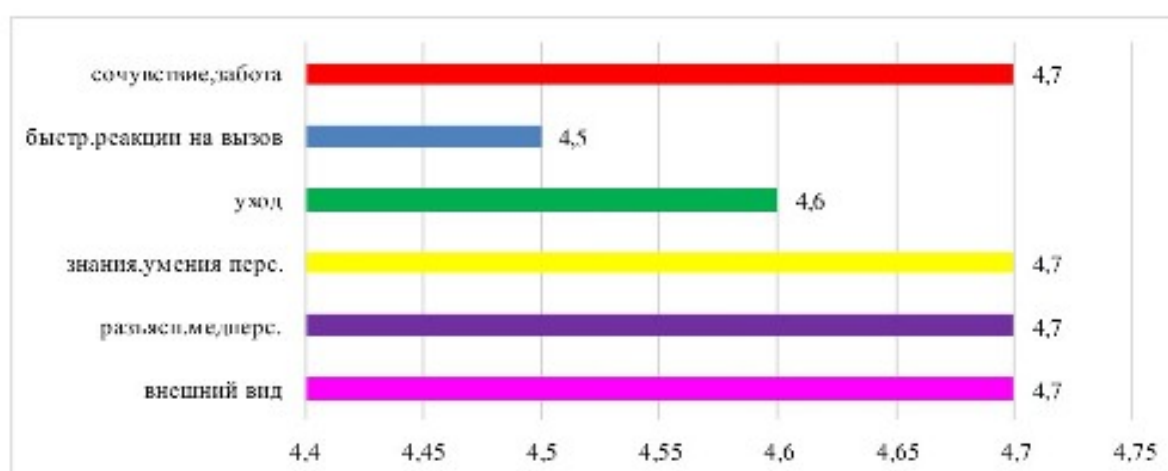


Рисунок 31 - Удовлетворенность пациентов объединенных университетских клиник качеством сестринской помощи (по данным опроса пациентов)

Бытовыми условиями в больнице удовлетворены 82,5% (n=255; 95% ДИ 77,4-86,2), не удовлетворены 5,2% (n=17; 95% ДИ 3,3-8,7), не ответили - 12,3% респондентов (n=38; 95% ДИ 8,9-16,5). Безопасностью больничной среды довольны 73,9% (n=229; 95% ДИ 68,5-78,6), затруднились ответить 18,4% (n=57; 95% ДИ 14,3-23,2), не удовлетворены - 6,5% (n=20; 95% ДИ 4,0-9,9).

Совокупная оценка качества медицинской помощи в объединенных клиниках КазНМУ также составила 4,5 балла.

В то же время необходимо улучшить организацию работы приемного покоя в детской больнице «Аксай» (44% респондентов ожидали перевода из приемного покоя в отделения от 2-х и более часов). Необходимо проводить обучение по межличностному общению для улучшения коммуникативных навыков у сестер университетских клиник, разработать систему менеджмента качества сестринской помощи. Невысокие в сравнении с общей лечебной сетью нагрузки на сестер способствуют внедрению технологии сестринского процесса.

Таким образом, внесение изменений в НПА, устранение негативных тенденций кадрового обеспечения, минимизация ряда профессиональных факторов риска будут способствовать процессу совершенствования сестринского дела. Низкая мотивация повышения квалификации, недооценка роли сестринского дела, неготовность брать на себя дополнительные полномочия делают актуальной изучение системы подготовки и непрерывного профессионального развития кадров. В этой связи нами была проведена социологическая оценка системы многоуровневой подготовки сестринских кадров.

4 СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ

4.1 Социологическая оценка готовности студентов медицинского колледжа к профессиональной деятельности

Одним из важных критериев оценки системы подготовки специалистов является удовлетворенность обучающихся качеством образовательных услуг [115-118]. В этой связи была проведена социологическая оценка: уровня подготовки обучающихся, удовлетворенности полученными знаниями и степени готовности к самостоятельной практической деятельности [119].

Ответы на вопрос о мотивах выбора будущей профессии распределились следующим образом (рисунок 32).

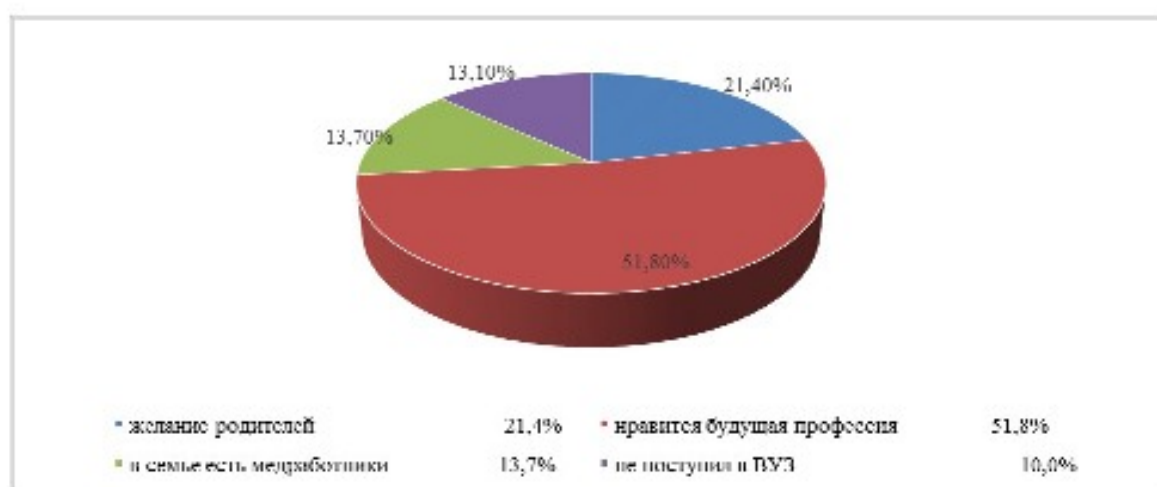


Рисунок 32 - Мотивы выбора будущей профессии у студентов (по данным опроса студентов РМК)

Как видно, привлекательность будущей профессии была мотивом выбора будущей профессии для 51,8% студентов медицинского колледжа ($n=155$; 95% ДИ 45,8-57,4). 21,4% студентов выбрали профессию, уступив желаниям родителей ($n=64$; 95% ДИ 16,9-26,5). 10% студентов, не поступив в медицинский университет, поступили в медицинский колледж ($n=30$; 95% ДИ 6,9-14,1).

Тем не менее, несмотря на различные мотивы выбора профессии, подавляющему большинству студентов нравится будущая профессия (86%, $n=258$; 95% ДИ 81,4-89,6).

На вопрос, «Чем привлекает будущая профессия?», 43% студентов ответили – «нравится помогать людям возвращать здоровье» ($n=129$; 95% ДИ 37,3-48,8). Эти данные согласуются с результатами более ранних исследований в области сестринского дела [15, с.76; 18, с. 71]. 36% выбрали ответ - «нравится возможность получить медицинские знания» ($n=106$; 95% ДИ 29,9-41,1), 16% студентов - выбрали ответ – «это востребованная профессия, легко найти

работу» (n=47; 95% ДИ 11,8-20,4, затруднились ответить 5% респондентов (n=15; 95% ДИ 2,9-8,3).

Среди негативных сторон будущей профессии у студентов на первом месте – «низкая заработная плата» (32,4%, n=97; 95% ДИ 27,1-37,9), на втором месте – «высокие физические и психологические нагрузки» - 26,1% (n=78; 95% ДИ 21,2-31,4), на третьем месте – «различные профессиональные риски» – 14% (n=42; 95% ДИ 10,3-18,6).

Успеваемость большей части студентов во время учебы была довольно высокой: «больше отличных оценок» по всем дисциплинам имели 40% (n=120; 95% ДИ 34,4-45,8) опрошенных, «больше четверок» - 51% (n=153; 95% ДИ 45,2-56,7), «в основном удовлетворительные оценки» – имели 9% (n=27; 95% ДИ 6,1-12,9) студентов. Нами установлена статистически значимая взаимосвязь между мотивами выбора профессии и успеваемостью студентов ($\chi^2_8=20,1$; p=0,02).

Удовлетворенность полученной за время учебы теоретической и практической подготовкой оценивалась студентами по 5-балльной шкале, где 5 баллов означали самую высокую, а 1 балл-самую низкую оценку (рисунок 33).

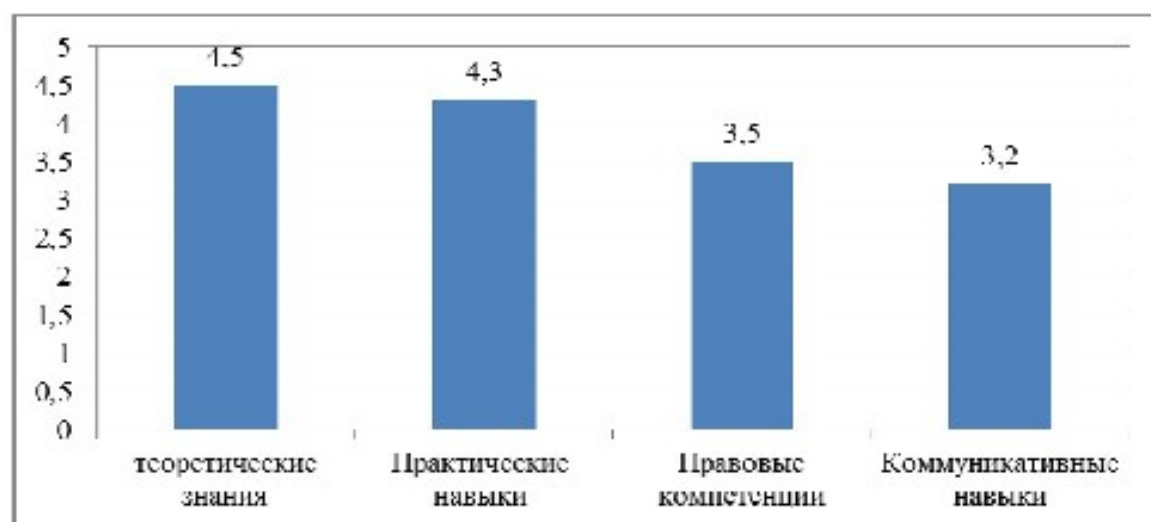


Рисунок 33 - Результаты удовлетворенности студентов РМК полученными знаниями и навыками (по данным опроса студентов РМК)

Как видно, в большей степени студенты удовлетворены теоретическими знаниями 4,5 балла и практическими навыками 4,3 балла. В меньшей степени коммуникативными навыками (3,2 балла) и правовыми знаниями - 3,5 балла. Статистически значимых взаимосвязей между специальностями студентов и удовлетворённостью полученными знаниями, и навыками установлено не было ($\chi^2=16,1$; p=0,1). Полученные результаты согласуются с данными исследования Пягай Н.П. [18, с. 73-74].

В тоже время, на вопрос о готовности к самостоятельной профессиональной деятельности 41% (n=123; 95% ДИ 35,4-46,8) опрошенных студентов ответили, что им необходимо пройти дополнительное обучение для

совершенствования практических навыков; 36,8% – ответили, что нуждаются в улучшении коммуникативных навыков (n=110; 95% ДИ 31,2-42,4). Полученные данные гораздо ниже, чем в других исследованиях (К.А. Аяпов, 2002г.).

В результате опроса установлено, что более половины студентов использует Интернет в качестве источника дополнительных профессиональных знаний (53%, n=162; 95% ДИ 48,2-59,7). 40% опрошенных студентов читают монографии и журналы по специальности (n=120; 95% ДИ 34,5-45,8). 7% студентов ответили, что дополнительную литературу не читают, а довольствуются учебниками и лекциями (n=21 ;95 % ДИ 4,5-10,7).

Более трети студентов читают учебную литературу только для подготовки к экзаменам (34%, n=102; 95% ДИ 28,7-39,7). Только 20% студентов (n=60; 95% ДИ 15,7-25,1) ответили, что читают каждый день, 46% (n=138; 95% ДИ 40,3-51,8) читают время от времени.

10% (n=30; 95% ДИ 6,9-14,1) студентов ответили, что свободно владеют иностранным языком (английским), 52% (n=156; 95% ДИ 46,2-57,8) оценили свой уровень владения иностранным языком как «средний» и 38% (n=114; 95% ДИ 32,5-43,8) практически не владеют иностранным языком.

Нас интересовала удовлетворенность студентов качеством проведения теоретических и практических занятий, ресурсным обеспечением, организацией учебного процесса, а также системой оценки знаний.

Так, полностью или в большей степени удовлетворены качеством проведения и содержания теоретических занятий 92% опрошенных студентов

Качеством практических занятий полностью или большей частью удовлетворены 93% студентов.

Не удовлетворены качеством теоретических занятий 8% опрошенных студентов колледжа (n=24; 95% ДИ 5,3-11,8) и 7% (n=21; 95% ДИ 4,5-10,7) студентов не удовлетворены качеством практических занятий.

Система оценки знаний (объективность, полнота) полностью или в большей степени устраивает 93,6% студентов.

Нами была выявлена статистически значимая взаимосвязь между успеваемостью студентов и удовлетворенностью качеством теоретических ($\chi^2_{8}=160$; $p=0,05$) и практических занятий ($\chi^2_{8}=23,2$; $p=0,05$).

Важным фактором, влияющим на качество учебного процесса, является ресурсное обеспечение: доступность библиотеки, наличие муляжей, наглядных пособий, компьютеров и пр. По данным опроса установлено, что недостаток перечисленных ресурсов в той или иной степени испытывали 73% (n=219; 95% ДИ 67,5-77,8) студентов. Полученные результаты выше, чем в подобных исследованиях [15, с. 71].

Подавляющее большинство опрошенных студентов (91,6%, n=275) полностью удовлетворены организацией учебного процесса: расписанием занятий, организацией практики на клинических базах.

Проблема трудоустройства выпускников является весьма актуальной, т.к. по данным МЗ РК только 70% выпускников медицинских сузов устраивается на работу в организации здравоохранения. По данным нашего исследования - 75,3% (n=226; 95% ДИ 69,9-80,0) выпускников колледжа собирались работать

по полученной профессии. 25% (n=75; 95% ДИ 24,8-25,3) опрошенных студентов собирались продолжить свое образование в медицинском университете (стать врачом). С одной стороны, такое стремление к продолжению образованию похвально, но с другой стороны система среднего профессионального образования не обеспечивает отрасль медицинскими кадрами среднего звена.

Среди студентов, собиравшихся работать по полученной специальности, 72,5% хотели ли бы работать в государственных медицинских организациях города (n=164; 95% ДИ 66,2-78,2).

Половина опрошенных студентов колледжа считала, что у них возникнут проблемы с трудоустройством после завершения учебы (n=150; 95% ДИ 44,2-55,8), 13% (n=39; 95% ДИ 9,5-17,5) затруднились ответить и 37% (n=111; 95% ДИ 31,6-42,8) не видели проблем с трудоустройством.

34% (n=102; 95% ДИ 28,7-39,7) опрошенных студентов колледжа не осознает важности непрерывного профессионального образования в последипломном периоде.

Мы предложили студентам описать свое мнение о необходимых личных качествах медсестры (фельдшера, акушерки) и ее роли в современном обществе. К сожалению, менее 5% опрошенных студентов отметили такие качества, как «милосердие и сострадание», а роль специалистов сестринского дела описали в «сохранении здоровья».

- проведения социально-психологических тренингов, ролевых игр, дискуссионных клубов для формирования коммуникативных и правовых навыков;

- развития у студентов навыков исследовательской работы.

Наше исследование было бы неполным без опроса студентов, получающих высшее образование по специальности «Сестринское дело».

4.2 Социологическая оценка готовности студентов медицинского университета к профессиональной деятельности

Мотивом выбора профессии для 31% студентов (рисунок 34) была привлекательность профессии (n=26; 95% ДИ 21,5-42,1). Выбрали данную профессию, уступив желаниям родителей – 29% опрошенных студентов (n=24; 95% ДИ 19,5-39,6). 17% опрошенных студентов выбрали данную специальность, потому что не поступили на другие факультеты медицинского университета (n=14; 95% ДИ 9,7-26,7) [120].

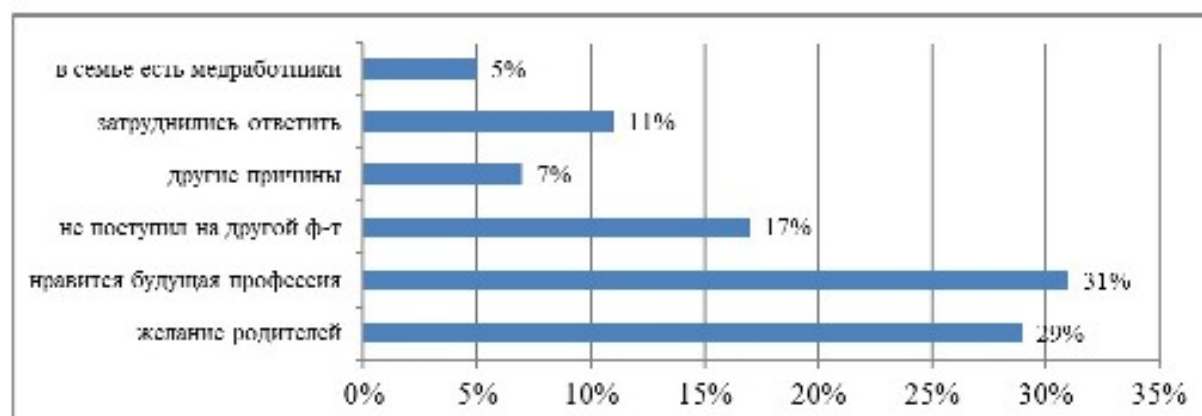


Рисунок 34 - Причины выбора профессии студентов КазНМУ

Таким образом, преобладающими мотивами выбора будущей профессии у студентов университета были ее привлекательность и желание родителей. Полученные результаты схожи с данными некоторых исследований [116, с.568]

Мы сравнили ответы на вопросы о положительных аспектах выбранной профессии у студентов 2-х (n=31) и 4-х курсов (n=35, рисунок 35).



Рисунок 35 - Мнения студентов 2 и 4 курсов КазНМУ о положительных сторонах профессии

Результаты позволили сделать вывод, что больше всего в выбранной специальности студентов 2 и 4 курсов привлекает «возможность получить медицинские знания» - 51% (n=16; 95% ДИ 33,4-69,4) и 27,3% (n=9; 95% ДИ 13,1-43,5) соответственно. На втором месте по привлекательности профессии – «возможность помогать людям возвращать здоровье». Вызывает серьезную озабоченность, что почти 40% (n=14; 95% ДИ 24,3-57,8) студентов 4 курса разочаровались в выбранной специальности. Различия достоверны $\chi^2_8 = 38,1$, $p \leq 0,0001$.

Самой негативной стороной будущей профессии студенты 2 курса считают низкую заработную плату 66,7% (n= 21; 95% ДИ 48,5-82,7), а студенты 4 курса низкий престиж профессии в обществе - 36% (n=13; 95% ДИ 21,9-55,7). Различия достоверны $\chi^2_6 = 22,9$, $p \leq 0,0001$. Второй по значимости негативной чертой профессии студенты считают «высокие нагрузки». Различия достоверны $\chi^2_8 = 36,7$, $p \leq 0,0001$ (рисунок 36).

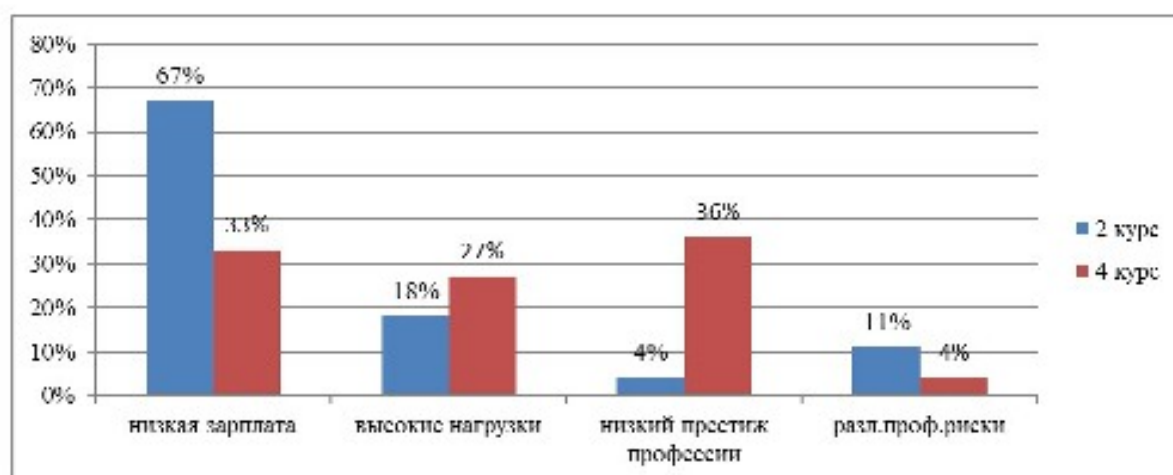


Рисунок 36 - Негативные аспекты будущей профессии по мнению студентов 2 и 4 курсов КазНМУ

На вопрос об успеваемости во время учебы 60% всех опрошенных студентов ответили, что имели больше оценок «отлично» (n=50; 95% ДИ 48,2-69,9), 32% студентов - оценок «хорошо» (n=27; 95% ДИ 22,6-43,31) и 8% (n=7; 95% ДИ 3,7-16,9) в основном имели «удовлетворительные оценки».

Нас интересовало, насколько студенты удовлетворены полученными во время учебы знаниями и навыками. Для этого также была использована психометрическая 5-позиционная шкала Лайкерта. Результаты суммарных оценок представлены на рисунке 37.

Установлено, что более всего студенты удовлетворены своими теоретическими и правовыми знаниями – 3,8 балла. Удовлетворенность практическими навыками составила 3,3 балла. Менее всего студенты удовлетворены коммуникативными навыками - 2,8 балла. Установлена статистически значимая связь между удовлетворенностью обучением и мотивами выбора профессии ($\chi^2_{24}=66,4$; $p \leq 0,0001$). Также установлена статистически значимая взаимосвязь между успеваемостью студентов и удовлетворенностью качеством теоретических ($\chi^2_8=15,0$; $p=0,05$) и практических занятий ($\chi^2_8=24,2$; $p=0,002$).



Рисунок 37 - Результаты удовлетворенности студентов КазНМУ уровнем полученных знаний и навыков по данным опроса

По результатам опроса 23,8% студентов не владели иностранным языком (n=20; 95% ДИ 15,5-34,6); у 44% начинающий уровень (n=37; 95% ДИ 33,3-55,3); 11,9% студентов ответили, что свободно владеют иностранным языком (n=10; 95% ДИ 6,6-21,2). Для оценки навыков саморазвития студентам было предложено ответить на вопросы о дополнительных источниках знаний. Установлено, что подавляющее большинство студентов (85,7%, n=72; 95% ДИ 75,9-92,1) использует интернет (рисунок 38).

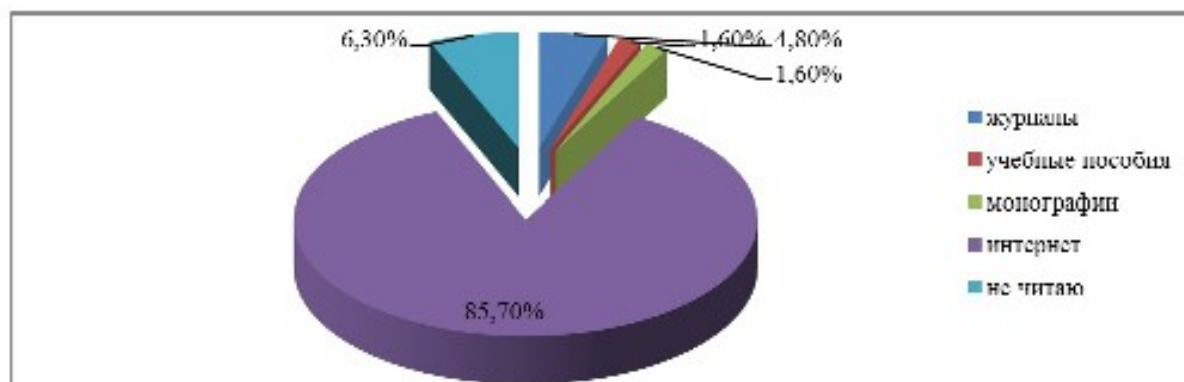


Рисунок 38 - Источники дополнительных знаний у студентов КазНМУ (по данным опроса студентов)

К сожалению, стало уже закономерностью резкое сокращение чтения литературы – более половины студентов прибегают к чтению только во время подготовки к экзаменам и зачетам (52,2%, n=44; 95% ДИ 41,3-63,2).

Установлено, что в той или иной степени удовлетворены качеством теоретических занятий 41,7% (n=35; 95% ДИ 31,1-52,9), не удовлетворены – 35,7% студентов (n=30; 95% ДИ 25,7-46,9). Практическими занятиями удовлетворены в той или иной мере 40,4% (n=34; 95% ДИ 30,1-51,7) студентов, не удовлетворены 25% (n=21; 95% ДИ 16,4-35,8) - рисунок 39.

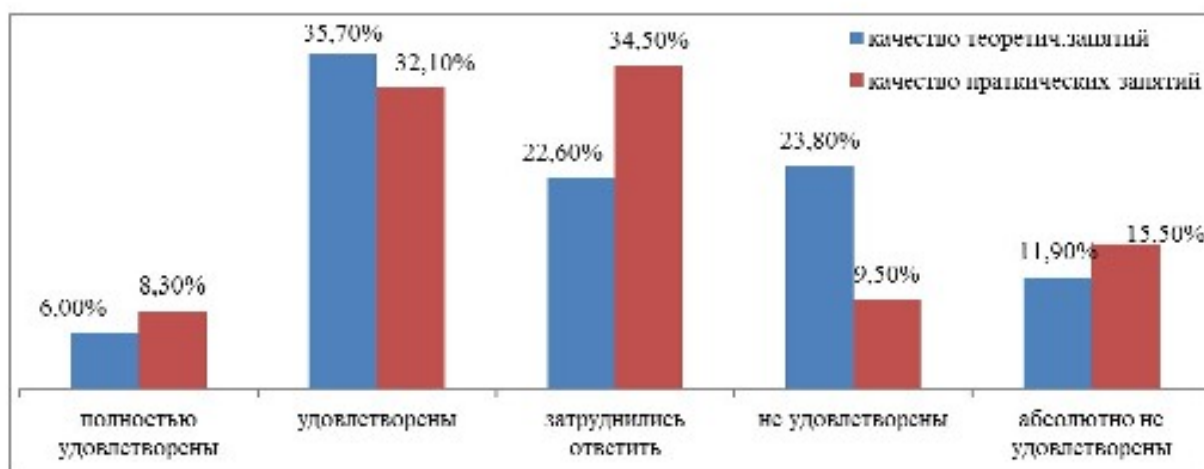


Рисунок 39 - Удовлетворённость студентов КазНМУ качеством занятий (по данным опроса студентов)

Существующей системой оценки знаний полностью или в большей степени удовлетворены 55,9% (n=47; 95% ДИ 44,7-66,6) студентов 2-4 курсов, не удовлетворены – 18,1% (n=15; 95% ДИ 10,7-28,1) затруднились ответить 26,2% (n=22; 95% ДИ 17,5-37,1).

Оценка удовлетворенности студентов 2-4 курсов ресурсным обеспечением учебного процесса показала, что 35,7% (n=29; 95% ДИ 24,7-45,8) студентов

время от времени испытывали недостаток наглядных пособий, учебно-методической литературы (в первую очередь на государственном языке).

48% (n=17; 95% ДИ 31,7-65,7) опрошенных студентов 4 курса университета ответили, что считают себя готовыми к самостоятельной профессиональной деятельности. 28,5% (n=10; 95 % ДИ 15,2-46,5) считают, что им необходимо улучшить свои практические навыки, 15% (n=5; 95% ДИ 5,4-31,1) - навыки межличностного общения.

Организация занятий, самостоятельной работы и производственной практики полностью удовлетворяет 58% (n=49; 95% ДИ 47,1-68,8) студентов 2-4 курсов. 14% (n=12; 95% ДИ 7,9-24) опрошенных не удовлетворены и 25% (n=21; 95% ДИ 16,4-35,8) затруднились ответить. Установлена статистически значимая связь между организацией образовательного процесса и удовлетворенностью обучением ($\chi^2_8=18,1$; p=0,02).

Для выявления факторов, оказывающих наибольшее влияние на качество подготовки специалистов, использовался метод рангов. По мнению студентов 2-4 курсов, наиболее значимыми факторами являются: уровень профессионализма преподавателей (1-е место), организация учебного процесса (2-е место) и заинтересованность студентов в получении образования (3-е место). В меньшей степени оказывают влияние на качество образования состояние материально-технической базы университета (4-е место) и учебно-методическое обеспечение (5-е место) - таблица 12.

Таблица 12 - Ранговая оценка факторов, влияющих на качество подготовки студентов специальности «Сестринское дело» в КазНМУ

Переменная	Ранг
Профессионализм преподавателей	1
Организация учебного процесса	2
Заинтересованность студентов в получении знаний	3
Материально-техническая база учебного заведения	4
Учебно-методическое обеспечение	5

Основные проблемы трудоустройства и профессиональной реализации выпускников

После окончания университета 35% студентов 4 курса планировали продолжить обучение в магистратуре по сестринскому делу (n=12; 95% ДИ 19,7-52,3). 23% хотели бы стать врачами (n=8; 95% ДИ 11,0-40,5), 15% затруднились ответить (n=5; 95% ДИ 26,8-60,5). Менее одной трети студентов 4 курса хотели работать по полученной специальности (27%; n=9; 95% ДИ 13,1-43,5). Данные представлены на рисунке 40.

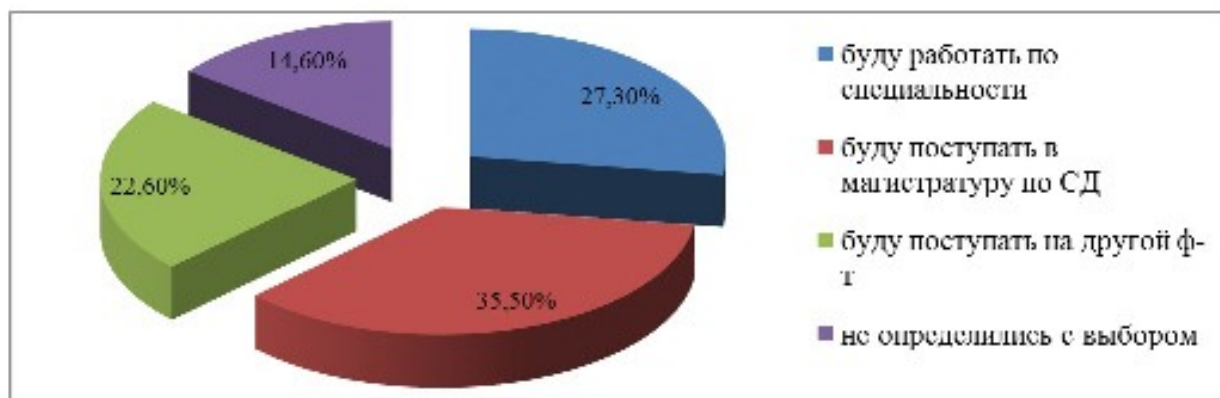


Рисунок 40 - Планы трудоустройства студентов 4 курса КазНМУ по полученной специальности

На вопрос о возможных проблемах с трудоустройством положительно ответили 63% студентов 4 курса (n=22%; 95% ДИ 44,9-70,8).

Важно отметить, что на открытые вопросы «Какова роль медицинской сестры с высшим образованием в здравоохранении?», и «Какие должности может занимать медицинская сестра-менеджер, кроме позиций медсестры, или руководителя сестринских служб?» не было получено ни одного ответа.

Таким образом, результаты проведенного социологического исследования студентов 2-4 курсов КазНМУ специальности «Сестринское дело» позволили сделать следующие выводы:

- ранняя профессиональная ориентация абитуриентов, совершенствование подготовки, необходимость развития у студентов навыков проведения научных исследований являются актуальными проблемами также для медицинского вуза;

- тот факт, что студенты 2 курса выделили, как негативную черту профессии «высокие нагрузки», можно объяснить преобладанием теоретических дисциплин в обучении у студентов младших курсов. У студентов старших курсов учебная нагрузка носит более профессиональный характер, поэтому они в большей степени осознают отношение к профессии в обществе;

- отсутствие возможности реального трудоустройства у большей части выпускников, неопределенность профессиональной деятельности обуславливают актуальность проблемы использования бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении [120, с.378].

Система многоуровневой подготовки включает повышение квалификации специалистов, для изучения которой была проведена ее социологическая оценка руководителями сестринских служб.

4.3 Социологическая оценка системы повышения квалификации специалистов сестринского дела

Непрерывное профессиональное образование начинается после завершения базовой подготовки и продолжается в течение всей

профессиональной жизни каждого медицинского работника [121]. Основной его целью является развитие профессионализма и квалификации, соответствующих требованиям современного здравоохранения, а конечным результатом – удовлетворение потребностей пациентов качеством медицинской помощи [122].

Выполнение функциональных обязанностей требует от старших и главных медсестер наличия определенных управленческих компетенций [123]. 82% (n=295) опрошенных медсестер-руководителей повышали квалификацию на различных циклах в период с 2009 по 2013 годы. Однако, только 60% (n=51) главных и 20% (n=56) старших медсестер отметили, что проходили обучение менеджменту.

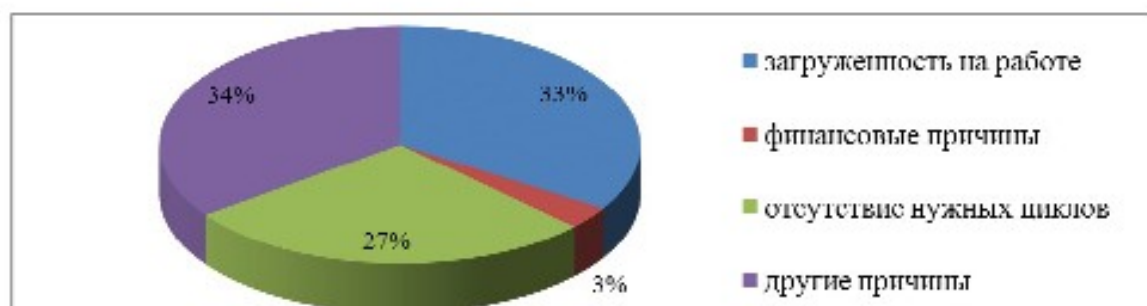


Рисунок 41 - Причины не прохождения повышения квалификации по менеджменту (по данным опроса медсестер-менеджеров)

Среди причин, помешавших пройти повышение квалификации, 27% (n=97; 95% ДИ 22,4-31,8) респондентов отметили «отсутствие нужных циклов», «загруженность на работе» - 33%, «финансовые причины» указали 3% (n=22; 95% ДИ 3,9-9,2), 2% (n=7; 95% ДИ 0,8-4,1) назвали «семейные проблемы», 34% опрошенных выбрали ответ – «другие причины» (n=234; 95% ДИ 59,8-69,9). Данные представлены на рисунке 41.

Основными мотивами повышения квалификации для главных и старших медицинских сестер (рисунок 42) в порядке значимости являются: «повышение профессиональных знаний» 52% (n=187; 95% ДИ 46,6-57,1); «самореализация» – 33% (n=119; 95% ДИ 28,3-38,2); «подтверждение квалификационной категории» - 15% (n=54; 95% ДИ 11,6-19,2) [122]. Данные представлены на рисунке 42.

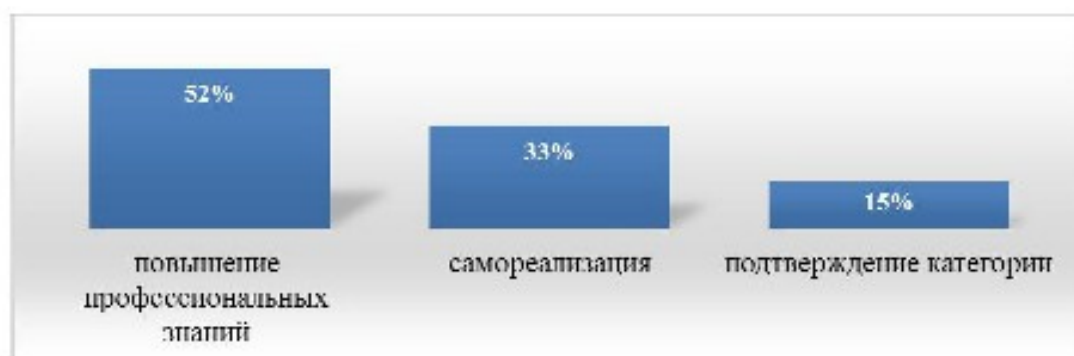


Рисунок 42 - Мотивы повышения квалификации у медсестер-менеджеров

Установлено, что 56% опрошенных руководителей сестринского дела предпочитают обучение на рабочем месте ($n=202$; 95% ДИ 50,8-61,3), 38%-предпочитают обучение с отрывом от производства ($n=137$; 95% ДИ 33,1-43,3) и 6%) считают оптимальным дистанционное обучение ($n=22$; 95% ДИ 3,9-9,2 (рисунок 43).

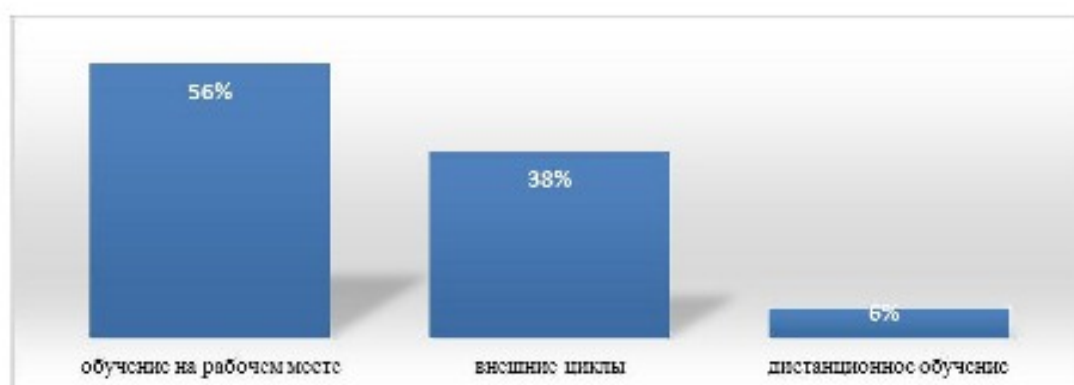


Рисунок 43 - Предпочитаемые формы повышения квалификации у медсестер-менеджеров

Полученные данные в основном согласуются с результатами проведенного З. Байгожиной комплексного исследования системы послдипломного образования МПСЗ [17, с.73].

В таблице 13 представлены результаты оценки некоторых социально-демографических факторов, влияющих на удовлетворенность повышением квалификации у руководителей сестринских служб.

Таблица 13 - Факторы, влияющие на удовлетворенность процессом обучения у медицинских сестер-менеджеров

Переменная	ϕ	V Крамера	p
1	2	3	4
Удовлетворенность материально-техническим оснащением аудиторий			
Возраст	0,91	0,41	0,33

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4
Стаж в должности руководителя	0,97	0,43	,000
Переменная	φ	V Крамера	p
Стаж общий	1,0	0,48	,002
Занимаемая должность	0,35	0,2	0,02
Уровень образования	0,4	0,18	0,096
Удовлетворенность квалификацией преподавателей			
Возраст	0,9	0,4	0,33
Стаж в должности руководителя	1,0	0,47	0,002
Стаж общий	1,0	0,47	0,002
Занимаемая должность	0,46	0,21	0,002
Уровень образования	0,47	0,21	0,002
Удовлетворенность содержанием занятий			
Возраст	0,94	0,42	0,16
Стаж в должности руководителя	0,86	0,38	0,004
Стаж общий	1,0	0,48	0,001
Занимаемая должность	0,55	0,24	,000
Уровень образования	0,55	0,24	,000
Удовлетворенность образовательными технологиями			
Возраст	0,8	0,37	0,02
Стаж в должности руководителя	0,8	0,37	0,02
Стаж общий	1,0	0,5	,000
Занимаемая должность	0,39	0,22	0,003
Уровень образования	0,42	0,19	0,015

Наши данные подтверждают наличие статистически значимых взаимосвязей между удовлетворенностью материально-техническим оснащением аудиторий, содержанием учебных программ, стажем и занимаемой должностью респондентов. Сильная взаимосвязь обнаружена между общим стажем и удовлетворенностью качеством преподавания ($\varphi=1$) и квалификацией преподавательского состава ($\varphi=1$). Также имеются статистически сильные взаимосвязи между удовлетворенностью качеством образовательных технологий возрастом ($\varphi=0,8$), стажем ($\varphi=1$).

Результаты международных исследований свидетельствуют, о том, что практикующий специалист должен ежегодно обновлять до 5% теоретических и до 20% практических профессиональных знаний. Проблему устаревания знаний может решить только эффективная система непрерывного образования [17, с. 18].

Ответы на вопрос о необходимой периодичности повышения квалификации распределились следующим образом (рисунок 44).



Рисунок 44 - Мнения медсестер-менеджеров о периодичности повышения квалификации

Как видно из приведенных данных 62% респондентов считает, что обучение должно быть непрерывным ($n=223$; 95% ДИ 56,7-66,9). 20% считают достаточным обучение с периодичностью один раз в пять лет ($n=72$; 95% ДИ 16,1-24,5), и 18% - раз в три года ($n=65$; 95% ДИ 14,3-22,5).

На мнение о периодичности обучения в период профессиональной деятельности влияют:

- возраст ($H=11,947$; $df=2$; $p=0,003$);
- общий профессиональный стаж ($H=11,034$; $df=2$; $p=0,004$);
- стаж работы в руководящей должности ($H=9,5$; $df=2$; $p=0,009$).

Профессиональным самообразованием в свободное время могут заниматься менее половины опрошенных сестер-менеджеров (42,7%; $n=154$; 95% ДИ 37,6-48,1). 25% опрошенных руководителей никогда не занимаются ($n=90$; 95% ДИ 20,6-29,8) или занимаются самообразованием «время от времени» (24%; $n=86$; 95% ДИ 19,6-28,7). Полученные нами данные согласуются с результатами ранее проведенных исследований, что подтверждает сохраняющуюся недостаточную мотивацию сестер-руководителей к повышению своего профессионального уровня [17, с. 85, 94].

Среди причин, мешающих самообразованию, 31% ($n=112$; 95% ДИ 26,4-36,2) отметили «загруженность на работе», 17% ($n=61$; 95% ДИ 13,2-21,3) «бытовые проблемы», 51% ($n=184$; 95% ДИ 45,8-56,3) респондентов затруднились ответить.

Качество образовательного процесса на курсах/циклах повышения квалификации наши респонденты оценивали по следующим параметрам по 5-ти балльной шкале:

- материально-техническая оснащенность образовательных учреждений;
- квалификация преподавателей и качество преподавания;
- содержание и качество занятий (соответствие целям и задачам обучения);
- качество образовательных технологий в обучении (активное обучение, проблемное обучение, использование информационных технологий и телекоммуникационных средств и пр.).

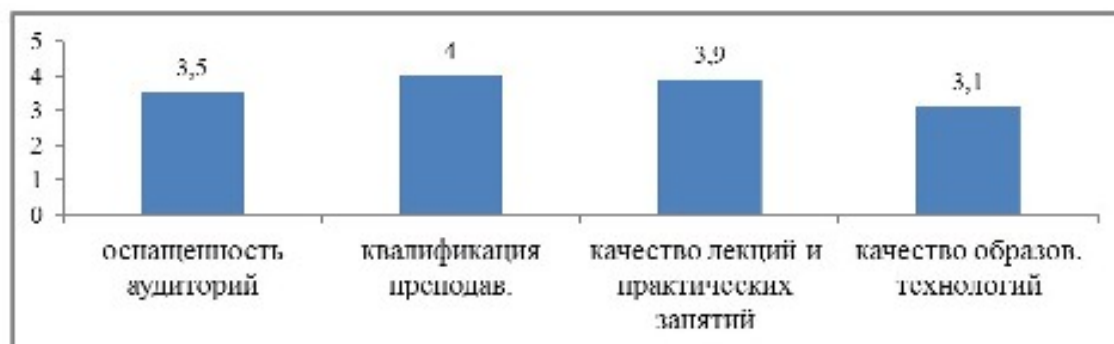


Рисунок 45 - Результаты оценки качества обучения на курсах повышения квалификации (в баллах)

Респонденты довольно высоко оценили качество занятий и квалификацию преподавателей (4 балла). В меньшей степени руководители сестринских служб удовлетворены используемыми образовательными технологиями (3,1 балла) и оснащенностью аудиторий (3,1 балла) (рисунок 45).

Все респонденты (100%) хотели бы улучшить знания и навыки в области менеджмента (рисунок 46).

Опрос показал, что 31% (n=112; 95% ДИ 26,4-36,2) руководителей сестринского дела нуждаются в дополнительном обучении качеству сестринской помощи, 30% (n=108; 95% ДИ 25,3-35,1) - лидерству, 25% (n=90; 95% ДИ 20,6-29,8) хотели бы улучшить навыки по управлению персоналом, 10% - по стратегическому планированию (n=36; 95% ДИ 7,1-13,7), 4% (n=14; 95% ДИ 2,2-6,5) - профилактике заболеваний и ЗОЖ.

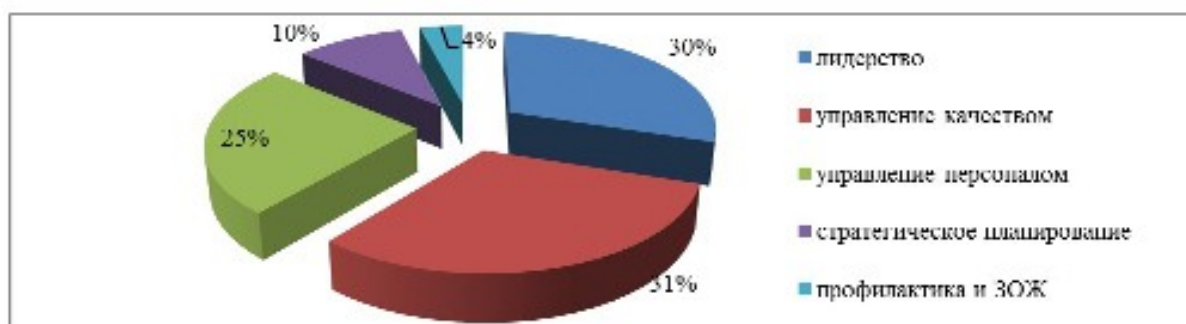


Рисунок 46 - Потребность в дополнительном обучении у медсестер-менеджеров

Нами была проведена оценка уровня знаний основных аспектов управления у руководителей сестринских служб, обучавшихся в КазНМУ на циклах повышения квалификации по менеджменту. Оценка знаний проводилась методом тестирования. В тестировании приняли участие главные сестры, заместители главных врачей по сестринскому делу и главные акушерки из различных регионов республики и г.Алматы (n=61).

Тестирование проводилось до и после тренинга. Рассчитывалась доля правильных ответов по 100-балльной шкале. Средний балл исходного уровня

знаний менеджмента составил $M=45,4\%$; $SD=9,5$; средний балл после обучения $M=53,13\%$; $SD=10,7$. Установленные статистические различия ($t=4,828$; $p=0,0001$), позволили сделать вывод о результативности обучения [124].

Таким образом, проведенное исследование показало, что доминирующими мотивами повышения квалификации медицинских сестёр-менеджеров являются познавательные, профессиональные и социальные (повышение профессиональных знаний, сохранение статуса, самореализация).

Большинство респондентов предпочитает обучение на рабочем месте, главные доводы в пользу такого выбора – профессиональный опыт, стаж работы [17, с.85-86]. Этот факт также можно объяснить загруженностью руководителей по месту работы и краткосрочностью таких форм обучения.

В большей степени неудовлетворенность главных и старших медицинских сестер системой повышения квалификации вызывает недостаточное внедрение инновационных образовательных технологий.

Существующая система повышения квалификации не в состоянии обеспечить все возможности для обучения, требующиеся современному руководителю. Поэтому каждый менеджер должен сам поддерживать постоянный рост и развитие [126]. Все руководители сестринских служб нуждаются в дополнительном обучении менеджменту, но на основании результатов исследования можно сделать вывод о недостаточной мотивации медицинских сестер-менеджеров к повышению своего управленческого потенциала, что подтверждают и результаты других исследований [17, с.85-87].

5 СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИМ ДЕЛОМ

5.1 Структура управления сестринским делом

Комплексным планом развития кадровых ресурсов здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2016 гг. предусмотрено совершенствование системы управления сестринским персоналом в соответствии с наилучшей международной практикой.

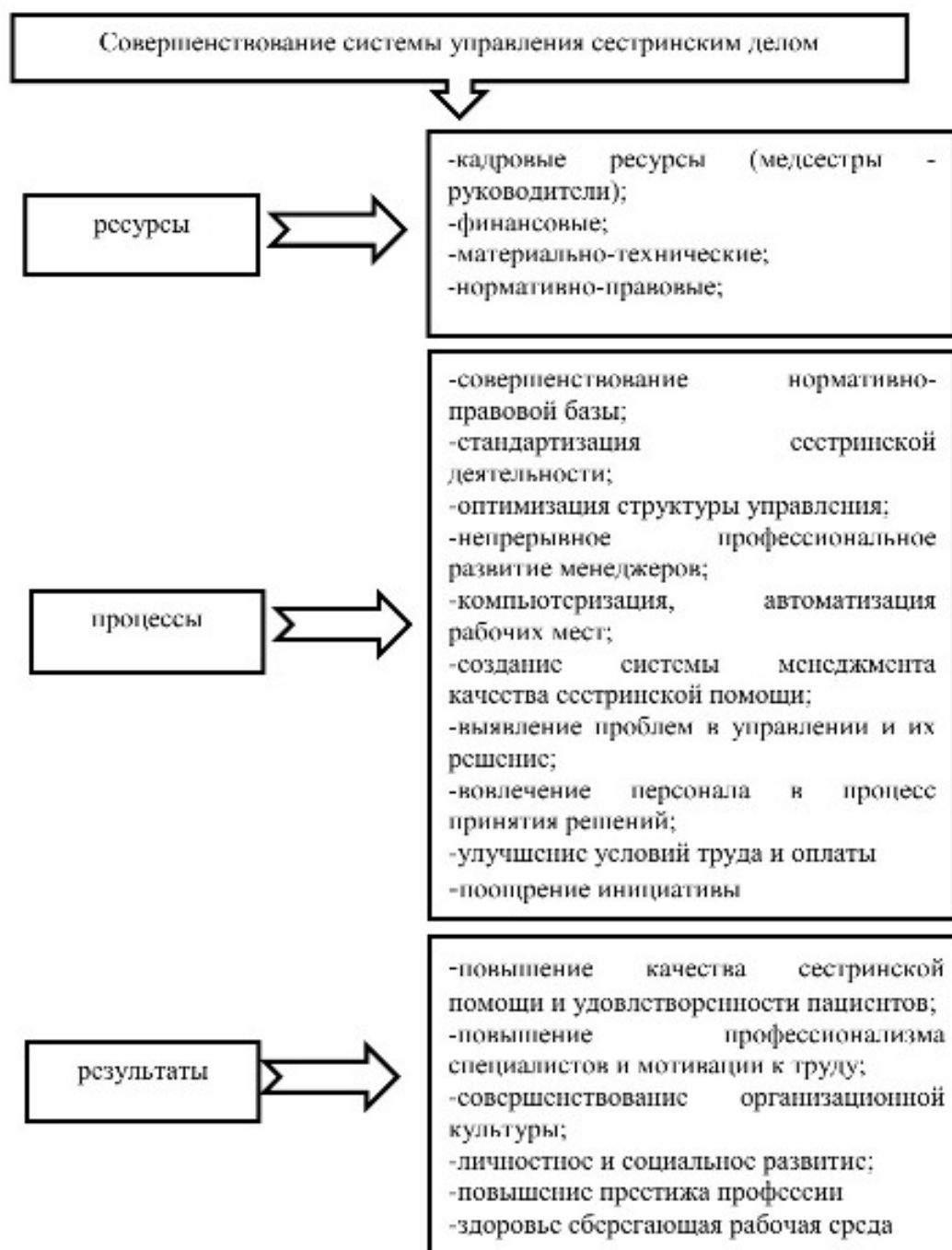


Рисунок 47 – Схема совершенствования системы управления сестринским делом, основанная на системном подходе А. Донабедiana

Мы использовали методологический подход, основанный на триаде Донабедиана (1980 г.), который предполагает возможность воздействия на все элементы системы, такие как структура, процесс и конечный результат (рисунок 47) [127].

Таким образом, совершенствование системы управления сестринским делом включает все три взаимосвязанных элемента системы.

Структура управления сестринского дела в лечебных организациях.

Важность изучения структуры управления в лечебной организации объясняется тем, что структура определяет формальные рамки управления, устанавливает отношения подчиненности и взаимодействия, разграничение полномочий.

В 2010г. Приказом МЗ РК №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» была утверждена должность заместителя главного врача по сестринскому делу (главной медицинской сестры), но на самом деле разделения этих должностей не произошло, хотя в некоторых крупных лечебных организациях были введены эти должности. Таким образом, становится очевидной разница в полномочиях, ответственности, сфере деятельности и отношениях подчиненности. Заместитель главного врача по сестринскому делу решает стратегические задачи, связанные с качеством сестринской помощи, управлением персоналом и находится в отношениях взаимодействия с другими его заместителями, в то время как главная медицинская сестра занимается ресурсным обеспечением и решает оперативные задачи [15, с.130; 123-124].

В линейной модели, распространенной в нашей системе здравоохранения, имеются два уровня управления сестринским делом (главная м/с и старшие м/с), основанные на отношениях подчиненности. Наряду с преимуществами (простота и быстрая передача приказов) эта модель имеет существенные недостатки: консервативность, изолированность людей друг от друга, пассивность, авторитарное руководство, несоблюдение норм управляемости. Необходимо выделить наиболее трудоемкие ключевые направления деятельности главных и старших медсестер и внедрить дополнительные должности медсестер-координаторов/менеджеров. Очевидно, наиболее оптимальным является формирование управленческой структуры медсестринской службы по типу функциональной или линейно-функциональной. В результате у главной медсестры появляется возможность делегировать некоторые полномочия координаторам, ответственным за эти направления. Эффектом от оптимизации организационной структуры управления может быть высвобождение руководства от решения оперативных задач в пользу стратегических: повышение качества и безопасности медсестринской помощи; подготовка к аккредитации, внедрение новых технологий сестринского ухода и др. На уровне клинических отделений возможно введение должностей медсестер-координаторов, непосредственно подчиняющихся старшим медсестрам и ответственным за работу с поступившими пациентами, выписку пациентов и т.п. в зависимости от специфики и потребностей отделения [15, с. 130;128-130].

Другим важным аспектом эффективного управления является принцип единоначалия, который также нарушен в существующей структуре. Главная сестра находится в непосредственном подчинении у главного врача. Старшие сестры осуществляют управление персоналом на уровне подразделений и находятся в двойном, а иногда и в тройном подчинении, т.е. нарушается принцип единоначалия. В соответствии с приказом МЗ РК №791 старшая сестра вообще относится к категории специалистов, а не руководителей, хотя выполняет и управленческие функции [18, с.93].

На наш взгляд, для улучшения управления сестринскими службами на уровне лечебных организаций необходимо:

- усовершенствовать структуру управления и определить целесообразность трансформации должности главной медицинской сестры в должность заместителя главного врача по сестринскому делу в зависимости от численности медицинского персонала, типа лечебной организации и объемов предоставляемых услуг;

- делегировать часть полномочий руководителей сестринских служб медицинским сестрам-менеджерам с четким распределением функциональных обязанностей и ответственности в зависимости от потребности структурных подразделений;

- всем медицинским сестрам-менеджерам, а также кадровому резерву необходимо пройти дополнительное обучение для усовершенствования управленческих навыков.

Критериями развития сестринского дела по определению ВОЗ являются:

- главная медицинская сестра в структуре органов управления здравоохранением;

- общественные неправительственные объединения (сестринские ассоциации);

- Национальная программа развития СД;

- система нормативно-правового регулирования СД;

- развитая инфраструктура общеврачебной практики,

- подготовка и непрерывное профессиональное развитие сестринского персонала.

В настоящее время в МЗ РК нет должности главного специалиста по сестринскому делу, в регионах должности внештатных специалистов по СД занимают, как правило, руководители медицинских колледжей. Неудавшаяся в 90-е годы попытка создания вертикали управления сестринским делом, была обусловлена многими факторами, в том числе отсутствием политической воли и пассивной позицией общественных сестринских объединений (сестринских ассоциаций).

Нами проведена сравнительная оценка деятельности сестринских ассоциаций, США, России и Казахстана (таблица 14).

Таблица 14 – Сравнительный анализ деятельности профессиональных сестринских ассоциаций в США, России и Казахстане

Казахстан	США	Россия
1	2	3
1. Численность ассоциаций		
<p>Национальная ассоциация воссоздана в 2014 г. Четыре региональные медсестринские ассоциации, деятельность которых координируется слабо, не освещается в СМИ. Ассоциации не имеют рабочих вебсайтов.</p>	<p>ANA-Американская ассоциация зарегистрированных медицинских сестер (3, 1 млн. RN), имеет 54 филиала. Всего имеется более ста общественных сестринских организаций, в т.ч.:</p> <ul style="list-style-type: none"> -6 общественных медсестринских организаций, занимающихся сертификацией и аккредитацией (www.nursingworld.org); -16 профессиональных медсестринских ассоциаций по различным специальностям, в т.ч. NANDA – американская ассоциация сестринских диагнозов (все организации имеют вебсайты) 	<p>-РАМС (165 тыс. членов, 56 регионов), входит в состав Международного Совета медсестер (ICN); (www.medsestre.ru);</p> <p>-Ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием (www.nursesmanager.ru);</p> <p>-Межрегиональная общественная организация операционных медицинских сестер</p>
2. Миссия и задачи		
	<p>Миссия - продвижение сестринской профессии для улучшения здоровья для всех.</p> <p>Задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - представительство и защита профессиональных интересов медсестер в Конгрессе и др. регулирующих органах; - обучение; -проведение семинаров, конференций, симпозиумов; - содействие в трудоустройстве - сертификация, аккредитация - проведение научных исследований 	<p>Миссия - поддержка сестринского персонала в профессиональной практике и влияние от имени сестринского сообщества на политику в области государственного здравоохранения.</p> <p>Задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сотрудничество с МЗ, международными сестринскими организациями, - координация деятельности региональных сестринских ассоциаций; - выработка стратегической политики развития в сестринском деле; - пропаганда СД для признания, уважения и защиты интересов специалистов.

Продолжение таблицы 14

1	2	3
3.Издательская деятельность ассоциаций		
<p>В Казахстане издается один журнал «Сестринское дело», издателем является Карагандинский медицинский колледж.</p>	<p>ANA, журналы: <i>American Nurse Today, The American Nurse, OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing</i>. Каждая профессиональная сестринская ассоциация издает свой журнал, например, ассоциация нефрологических сестер – <i>Nephrology Nursing Journal</i>. Всего в США издается более 200 журналов по сестринскому делу.</p>	<p><i>Вестник Ассоциации медицинских сестер России, Журнал: «Операционная медсестра».</i></p> <p>Также издаются журналы: «Главная медицинская сестра», «Справочник фельдшера и акушерки», «Сестра милосердия», «Медицинская сестра», «Медсестра»</p>

Цель ассоциаций - представительство и защита профессиональных интересов, влияние на политику в области здравоохранения, информационно-образовательная, правотворческая деятельность.

Критерии результативности деятельности ассоциаций: охват до 90% работников, участие в разработке нормативно-правовых документов, число международных проектов, полученных грантов на исследования, число проведенных конференций, семинаров и пр. по актуальным проблемам, количество опубликованных статей.

Таким образом, совершенствование системы управления сестринским делом является комплексной проблемой, для решения которой необходимо:

- совершенствование НПА;
- введение должностей главных специалистов по сестринскому делу в МЗ РК, управлениях здравоохранения областей и гг. Астана, Алматы из числа подготовленных, авторитетных медицинских сестер;
- повышение квалификационных требований к должностям руководителей сестринских служб, которое приведет к росту профессионального уровня руководителей и улучшению управления в МО;
- назначение на должность главной медицинской сестры целесообразно проводить на конкурсной основе;
- разработка и внедрение профессиональных стандартов к должностям руководителей сестринских служб, а также к новым специальностям с учетом многоуровневой подготовки;
- разработка и внедрение единых стандартов и протоколов сестринского ухода, основанных на доказательной сестринской практике;
- совершенствование подготовки профессиональных менеджеров сестринского дела, развитие навыков руководства и изменение структуры управления на всех уровнях оказания медицинской помощи населению
- активизация деятельности сестринских общественных ассоциаций.

5.2 Особенности управленческой деятельности руководителей сестринских служб

В обязанности руководителя входит выполнение следующих функций управления: планирование, организация, контроль, мотивация, управление персоналом, лидерство. Процессе принятия решений является инструментом, сопровождающим все функции управления [131].

Для изучения особенностей управленческой деятельности руководителей сестринских служб нами было проведено тестирование по методике, разработанной С. Д. Резник и соавторами [132]. По результатам теста «Организованный ли Вы человек?» установлено, что практически все медсестры-руководители (98%; n=353) осуществляют свою деятельность в соответствии с годовыми планами работы [133].

Известно, что эффективность планирования работы зависит от систематического подведения ее итогов. В результате опроса было установлено, что анализируют причины невыполнения тех или иных пунктов плана ежеквартально только 22% опрошенных руководителей сестринского дела (n=79; 95% ДИ 17,8-26,7). Преобладающее большинство 78% проводят подобный анализ только в конце года (n=281; 95% ДИ:73,3-82,1) Различия достоверны ($\chi^2_1 = 112,7, p \leq 0,0001$).

Организация в деятельности медсестер-менеджеров. Одной из серьезных проблем современного менеджмента является дефицит времени. Нередко он приводит к перегрузкам, стрессу, синдрому эмоционального выгорания. Оценка умения эффективного управления временем была проведена с помощью теста «Уместе ли Вы ценить время?». По результатам тестирования установлено, что 76% респондентов, набрали от 22 до 27 баллов (n=274; 95% ДИ:71,3-80,3), что соответствует неумению в полной мере ценить время. Различия достоверны ($\chi^2_2 = 355,2, p \leq 0,0001$).

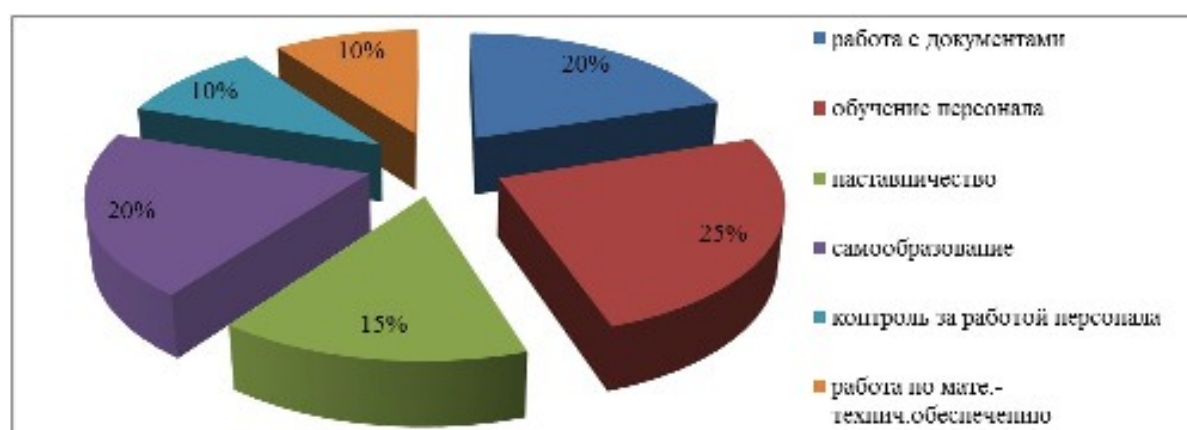


Рисунок 48 - Виды производственной деятельности, на которые у медсестер-руководителей часто не хватает времени (по данным опроса)

Основными разделами работы, на которые руководителям сестринских кадров часто не хватает времени, являются обучение персонала, работа с документами и самообразование (рисунок 48).

Почти треть респондентов указала на то, что «часть работы с документами приходится выполнять дома» (28%; n=101; 95% ДИ:23,5-33,1). 54% медсестер-менеджеров считает рабочее время достаточным для выполнения возложенных на них функций (n=194; 95% ДИ:48,5-59,1). 46% не успевают выполнять функциональные обязанности в рамках рабочего времени (n=166; 95% ДИ:40,9-51,4).

На вопрос, «Какие причины мешают Вам выполнять намеченную работу?», ответы распределились следующим образом:

- высокая нагрузка - 25% (n=90; 95% ДИ:207-29,8);
- недостаток кадров, текучка - 10% (n=36; 95% ДИ:7,1-13,7);
- непредвиденные указания руководства - 10% (n=36; 95% ДИ:7,1-13,7);
- отсутствие четких стандартов работы - 15% (n=54; 95% ДИ:11,5-19,2)
- «различные экстренные ситуации» - 12% (n=43; 95% ДИ:8,8-15,8);
- недостаточная компьютеризация рабочих мест - 10% (n=36; 95% ДИ: 7,1-13,7);
- несвоевременное получение всей необходимой информации – 13% (n=47; 95% ДИ:9,9-13,9);
- плохая самоорганизация и несобранность» - 5% (n=18; 95% ДИ:3,0-7,9) –

(рисунок 49). Различия достоверны $\chi^2_7 = 79,1, p \leq 0,0001$.

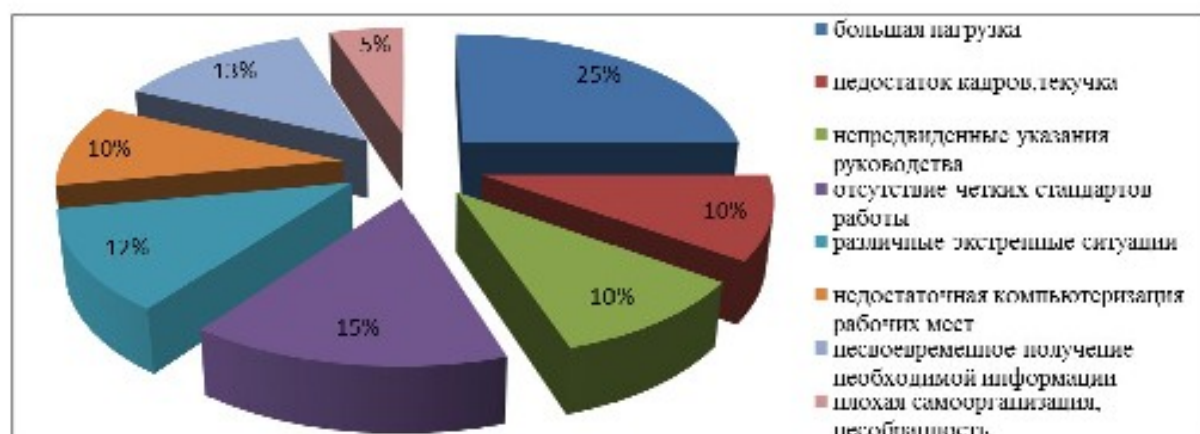


Рисунок 49 – Причины, мешающие выполнению намеченной работы у медсестер-руководителей (по данным опроса)

Полученные данные подтверждают результаты исследования С.К.Муратбековой [15, с. 131-132].

Большая часть опрошенных руководителей считает, что выполняемая ими работа полностью совпадает с функциональными обязанностями 83% (n=299; 95% ДИ 78,7-86,7)

Контроль в работе медицинских сестер-менеджеров. Практически все главные и старшие медицинских сестер постоянно осуществляют контроль работы подчиненных - 93% (n=335) [134-135].

По-прежнему, большая часть руководителей, используют в качестве контроля обходы отделений, кабинетов, лабораторий (85%; 95% ДИ 80,8-88,4). 13% применяют дополнительно такой метод, как беседы с сотрудниками (n=47; 95% ДИ 9,9-16,9). Полученные результаты схожи с данными более ранних исследований [15, с. 134-135].

Анкетирование сотрудников, наблюдение за работой, тестирование персонала, используют только 2% опрошенных руководителей (n=7; 95% ДИ 1,9-2,04). Различия достоверны $\chi^2_2 = 432,9, p \leq 0,0001$.

Мотивация в работе медсестер-менеджеров. Д.Макклелланд определял три основные мотивационные потребности: в достижениях, власти и принадлежности к социальной группе [136].

Для выявления мотивационной направленности деятельности медсестер-руководителей мы использовали тест «Мотивация к успеху» основанный на теории Д.Макклелланда [136, с.48-50]. На основании суммарной оценки было определено, что медсестры менеджеры в большей степени ориентированы на принадлежность к социальной группе - 60% (n=216; 95% ДИ 54,7-65,1). Потребность в личных достижениях доминирует у 10% (n=36; 95% ДИ 7,1-13,7), а потребность во власти у 30% опрошенных руководителей (n=108; 95% ДИ 25,4-35,1) (рисунок 50). Различия достоверны $\chi^2_1 = 135,7, p \leq 0,0001$.

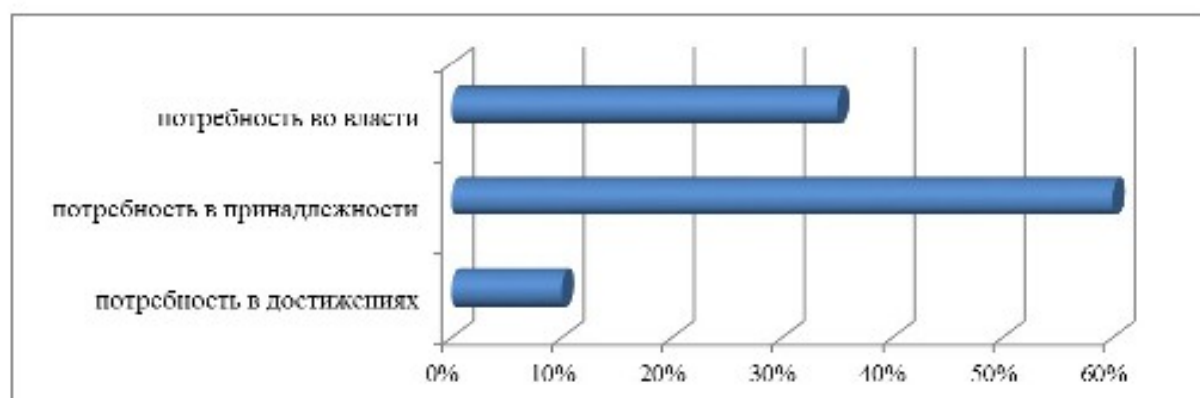


Рисунок 50 - Мотивационные направленности деятельности медсестер-менеджеров

Таким образом, выявленная диспропорция указывает на смещение мотивации деятельности в управлении сестринскими службами.

Важным аспектом мотивации трудовой деятельности является видение роли медицинской сестры. С этой целью в анкету был включен вопрос - «Кем Вы видите медсестру в своей организации?». 36% опрошенных руководителей видят медсестер преимущественно в роли помощников врача (n=130; 95% ДИ 31,2-41,3). 29% в роли специалиста по выполнению манипуляций (n=104; 95%

ДИ 24,3-33,9) и 35% респондентов видят медсестер в качестве равноправных партнеров врачей (n=126; 95% ДИ 30,1-40,2).

Статистически значимые взаимосвязи связи между мотивацией к работе и другими факторами представлены в таблице 15.

Таблица 15 - Взаимосвязь мотивации к труду у медсестер-менеджеров с различными факторами

Факторы	χ^2	df	p
Возраст	27,0	12	0,0008
Место работы	25,0	9	0,3
Занимаемая должность	42,8	15	0,0001
Стаж общий	26,0	12	0,01
Стаж в должности руководителя	16,8	12	0,155
Удовлетворенность оплатой труда	50,0	12	0,0001

Важнейшим аспектом деятельности руководителя является принятие решений. Результаты анкетирования показали, что 10% (n=36; 95% ДИ 7,1-13,7) опрошенных руководителей принимают решения самостоятельно, в соответствии со своими знаниями и опытом. 65% (n=234; 95% ДИ 59,8-69,9) в принятии решений в первую очередь руководствуются распоряжениями начальства. Не смогли определиться с выбором 25% (n=90; 95% ДИ 20,7-29,8) опрошенных руководителей. Различия достоверны $\chi^2_2 = 193,5$; $p \leq 0,0001$.

Предположение о влиянии на выбор вариантов принятия решений жизненного (возраст) и профессионального опыта (стаж работы) подтверждает наличие статистически значимой связи между этими переменными ($\chi^2 = 10,9$; $df=4$; $p=0,02$).

В процессе производственной деятельности нередко возникают конфликтные ситуации. Результаты опроса показали, что большая часть конфликтов происходит в силу низкой организационной культуры, в результате чего они переходят из производственной сферы в межличностные отношения (рисунок 51).

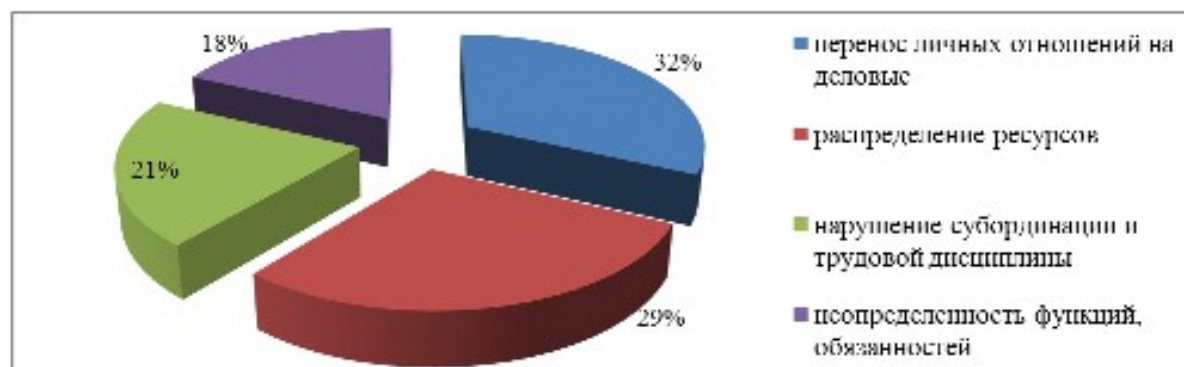


Рисунок 51 - Причины возникновения конфликтных ситуаций на работе

Для того, чтобы определить стратегии, используемые нашими респондентами для разрешения конфликтов, были изучены результаты теста «Как Вы действуете в условиях конфликта». Установлено, что для 40% опрошенных медсестер-руководителей характерна «стратегия компромисса» (n=144; 95% ДИ 34,9-45,3). 20 используют «стратегию ухода от конфликта» (n=72; 95% ДИ 16,1-24,6). 22% предпочитают «стратегию приспособления» (n=79; 95% ДИ 17,8-26,7). 8% опрошенных медсестер-руководителей применяют «стратегию соперничества» (n=29; 95% ДИ 7,9-8,04). 10% используют «стратегию сотрудничества» (n=36; 95% ДИ 5,5-11). Различия достоверны $\chi^2_4 = 114,9; p \leq 0,0001$.

Следовательно, стратегию разрешения конфликта, позволяющую выиграть каждой из сторон, используют только 10% опрошенных руководителей сестринского дела.

В таблице 16 представлены статистически значимые взаимосвязи между стилем поведения в конфликтных ситуациях занимаемой должностью и стажем руководящей работы.

Таблица 16 - Взаимосвязи между стилем поведения в конфликтных ситуациях, стажем и занимаемой должностью

Переменная: стиль разрешения конфликтов	χ^2	df	p
Стаж в должности руководителя	17,4	4	0,002
Занимаемая должность	23,285	4	0,001

Таким образом, результаты исследования показали, что управление средним медицинским персоналом не зависит от типа медицинской организации и численности персонала. Несовершенство управленческой деятельности главных и старших медицинских сестер проявляется:

- в отсутствии системного подхода к планированию у большей части руководителей сестринских кадров;
- в недостаточных навыках управления временем, использования эффективных методов контроля, разрешения конфликтных ситуаций, принятия управленческих решений, мотивации.

5.3 Социологическая оценка рабочей среды руководителей сестринских служб

Благоприятные условия труда важны не только для физического, психического и эмоционального здоровья сотрудника, но также напрямую связаны с результативностью и эффективностью его работы. Для оценки рабочей среды сестер-руководителей было исследовано влияние различных факторов риска больничной среды.

Известно, что неудовлетворительная рабочая среда может быть причиной профессиональных ошибок, синдрома эмоционального выгорания, нарушения трудовой дисциплины и текучести кадров [108, с.6]. Качество рабочей среды включает несколько характеристик: безопасность (защита от

профессиональных рисков, стрессов), минимизация негативного влияния работы на частную жизнь (гибкие графики работы, социальная политика), оплата труда, возможность постоянного обучения и профессионального развития, обеспечение необходимыми ресурсами для работы.

Важнейшая роль в формировании рабочей среды принадлежит медсестрам-менеджерам.

70,7% (n=252; 95% ДИ 64,9-74,6) медицинских сестер руководителей медсестер в той или иной степени удовлетворены работой, различия достоверны ($\chi^2_8=55,7$; $p \leq 0,0001$). Эти данные выше, чем в некоторых исследованиях [137]. Полученные результаты, можно объяснить большим стажем работы наших респондентов.

Однако, несмотря на довольно высокие показатели удовлетворенности работой, у 54% (n=194; 95% ДИ 48,5-59,1) опрошенных руководителей в течение последнего года, регулярно возникало желание уволиться с работы. Статистически значимые взаимосвязи между желанием оставить работу и различными факторами представлены в таблице 17.

Таблица 17 - Влияние различных факторов на желание оставить работу

Переменная: желание оставить работу	χ^2	df	p	ϕ
Не устраивают условия работы	27,0	12	0,0008	0,6
Высокие нагрузки (психоэмоциональные, физические и пр.)	42,8	15	0,0001	0,5
Отсутствие перспективы профессионального и личностного роста	26,0	12	0,01	0,5
Недостаточная оплата труда	50,0	12	0,01	0,6

Таким образом, на желание оставить работу влияет оплата труда, высокие нагрузки, условия работы и отсутствие перспективы роста [138].

В большей степени на чувство удовлетворенности работой влияет оплата труда - 31% (n=112; 95% ДИ 26,4-36,2). 23% (n=83; 95% ДИ 18,9-27,8) респондентов выбрали ответ - «условия работы (чисто, светло, эргономично)».

17,4% (n=63; 95% ДИ 13,8-21,9) считают наиболее важным фактором «организационную культуру (ценности, традиции, уровень сотрудничества, стиль руководства); 16,2% (n= 58; 95% ДИ 12,6-20,4) - «уважение к профессии»; «взаимоотношения с коллегами» – 12,4% (n=45; 95% ДИ 9,3-16,5).

В результате исследования выявлены статистически значимые взаимосвязи между удовлетворенностью трудом и различными характеристиками рабочей среды, которые представлены в таблице 18.

Как видно из таблицы, удовлетворенность работой зависит, в основном, от внешних факторов.

Характеристика факторов рабочей среды.

Инновационная рабочая среда. На вопрос, «Какие новые сестринские технологии были внедрены в течение года в Вашей организации?», 31% (n=112; 95% ДИ 27,2-37) опрошенных ответили - «никакие».

Таблица 18 - Взаимосвязи между удовлетворенностью трудом и характеристиками рабочей среды

Переменная: удовлетворенность работой	χ^2	df	p	ϕ
Безопасная больничная среда	169,30	14	0,0001	0,7
Оплата труда	100,1	12	0,0001	0,6
Морально-психологический климат в коллективе	69	12	0,0001	0,5
Внедрение инновационных сестринских технологий	49,4	12	0,0001	0,4
Обеспеченность ресурсами	95,6	12	0,0001	0,5
Социальная политика	73,8	4	0,0001	0,5
Оценка пациентами качества сестринского ухода	113,4	16	0,0001	0,6

54% выбрали ответ «усовершенствование алгоритмов сестринских манипуляций на уровне отделений» (n=194; 95% ДИ 48,6-59,1), 9% - «организацию школ пациентов» (n=32; 95% ДИ 6,2-12,4); 5% - затруднились ответить (n=18; 95% ДИ 3,1-7,9). Различия достоверны $\chi^2_3 = 218,6$; $p \leq 0,0001$.

Профессиональные риски. На вопрос «С какими профессиональными рисками Вы чаще сталкиваетесь на работе?», ответы распределились следующим образом: психосоциальные – 71% (n=256; 95% ДИ 66,1-75,7), биологические - 14% (n=50; 95% ДИ 10,6-18), химические – 9%; (n=32; 95% ДИ 6,2-12,4), эргономические – 3% (n=11; 95% ДИ 1,6-5,6), физические – 3% (n=11; 95% ДИ 1,6-5,6). Различия достоверны $\chi^2_3 = 218,5$; $p \leq 0,0001$.

Морально-психологический климат в организации 65% опрошенных медсестер-руководителей охарактеризовали как «удовлетворительный» (n=234; 95% ДИ 59,8-69,9). 30% (n=98; 95% ДИ 25,4-35,1) - как «хороший» и 5% – как «плохой» (n=16; 95% ДИ 3,1-7,9). Различия достоверны $\chi^2_2 = 191,7$; $p \leq 0,0001$.

По мнению 87% (n=84) руководителей сестринских служб организаций ПМСП оптимальная нагрузка на медсестру в поликлинике, при выполнении норматива 3 медсестры на участке, должна составлять 700-800 чел.

Оптимальная нагрузка на медицинскую сестру соматического отделения стационара, по мнению 64,6% (n=158; 95% ДИ 58,1-70,4) главных и старших медицинских сестер больничных организаций должна составлять от 10 до 15 пациентов.

35,4% (n=87; 95% ДИ 29,6-41,9) руководителей сестринских служб считает, что оптимальное число пациентов на медсестру должно составлять от 15 до 20 пациентов. 80,8% ответили, что реальная нагрузка в стационарах составляет – 20-30 пациентов на одну медсестру (n=198; 95% ДИ 75,2-85,4).

Безопасность рабочей среды. На вопрос «Обеспечивает ли Ваша организация в полной мере безопасность больничной среды для персонала?», 23% всех опрошенных руководителей ответили отрицательно (n=83; 95% ДИ 18,9-27,8). 8,5% (n=31; 95% ДИ 6,0-12,1) затруднились ответить. 68,5%

респондентов ответили утвердительно (n=247; 95% ДИ 63,5-73,3). Различия достоверны $\chi^2_2 = 209,2$; $p \leq 0,0001$.

В то же время на вопрос «Предусмотрены ли в Вашей организации реабилитационные мероприятия для медицинского персонала после перенесенных болезней или травм?», не было получено ни одного положительного ответа.

В ходе исследования мы определили наличие статистических взаимосвязей между факторами риска больничной среды и уровнем здоровья респондентов. 34% (n=122; 95% ДИ 29-39) опрошенных оценили свое здоровье как «хорошее». «Удовлетворительным» и «плохим» считают свое здоровье по 33% (n=236) опрошенных. Выявлены статистические взаимосвязи между уровнем здоровья и безопасностью больничной среды ($\chi^2_{16}=26,9$; $p=0,04$), а также морально-психологическим климатом в коллективе ($\chi^2_{16}=30,4$; $p=0,01$).

Как известно, на удовлетворенность работой в немалой степени влияют организационные, групповые и личностные факторы [140]. Тот факт, что у 54% медсестер-руководителей регулярно появляется желание оставить работу можно объяснить высокими психофизическими нагрузками, недостаточным внедрением современных сестринских технологий, недостаточной оплатой труда (25% руководителей сестринских служб вынуждены совмещать основную работу с дополнительной), что нередко приводит к синдрому эмоционального выгорания.

Нами также было изучено влияние факторов рабочей среды на качество работы руководителей сестринских служб (таблица 19).

Таблица 19 - Влияние факторов внешней среды на качество работы медицинских сестер

Переменная: качество работы медсестер	χ^2	df	p
Условия работы (эргономика рабочего места, компьютеризация и пр.)	84,9	16	,000
Морально-психологический климат в МО	47,9	12	,000
Внедрение новых технологий в сестринскую практику	86,8	16	,000
Обеспеченность стандартами, алгоритмами сестринского ухода	47,6	12	,000
Материально-техническое и лекарственное обеспечение	63,2	12	0,001
Обучение медицинского персонала	54,2	16	,000

Таким образом, по мнению руководителей сестринских служб на качество работы сестринского персонала в первую очередь оказывают влияние такие факторы внешней среды, как: новые сестринские технологии, условия работы и ресурсное обеспечение.

Мы выяснили, что в работе медицинских сестер-руководителей существует ряд факторов риска. В первую очередь – это риски эмоционального

перенапряжения и стресса [139]. Вероятно, одной из причин указанных рисков является недостаточный уровень управленческих компетенций, стремление выполнять всю работу единолично, слабые навыки делегирования полномочий и управления временем, высокая степень ответственности

Наличие статистически значимых взаимосвязей между факторами риска рабочей среды и удовлетворенностью трудом показывает целесообразность внедрения программ профилактики и снижения факторов риска в каждой медицинской организации. Безопасность больничной среды, морально-психологический климат в коллективе и ведение здорового образа жизни являются значимыми факторами, влияющими на уровень здоровья и качество трудовой жизни [108, с.15]. Результаты опроса показали, что в медицинских организациях слабо внедряются новые сестринские технологии, недостаточно внимания уделяется обеспечению безопасности больничной среды и оздоровлению персонала, что негативно сказывается на здоровье персонала и удовлетворенности трудом.

Таким образом, результаты проведенного исследования, позволили установить, что для улучшения качества работы сестринского персонала необходимо следующее:

- дифференцированная оплата труда, учитывающая объемы, качество, уровень образования;
- улучшение условий труда (эргономика рабочего места, компьютеризация);
- внедрение новых технологий сестринского ухода;
- внедрение программ профилактики и борьбы с факторами риска, программ оздоровления и реабилитации персонала после болезни/травмы;
- повышение организационной культуры в лечебных организациях;
- обеспечение возможности непрерывного профессионального развития;
- разработка мотивационной политики;
- адекватное ресурсное обеспечение;
- сокращение бумажного документооборота за счет введения электронных форм документов;
- нормирование труда на основе хронометража.

Эффективное управление требует не только знаний менеджмента, но и умений применять их в условиях изменяющейся внешней среды. Современному руководителю необходимы навыки, связанные с эффективными коммуникациями, принятием решений, разрешения конфликтных ситуаций, созданием команд, мотивацией и др. В связи с этим была проведена оценка уровня управленческих навыков у руководителей сестринских служб.

5.4 Уровень управленческих навыков руководителей сестринских служб (по результатам самооценки)

Руководители сестринского дела имеют разный уровень управленческих навыков, что влияет на успешность профессиональной деятельности. Определение уровня управленческих навыков является основой для улучшения качества работы руководителя [141-142]. Для самооценки управленческих

навыков применялась психометрическая 5-позиционная шкала Лайкерта [125, с. 30-41]. Самые высокие значения соответствуют самому высокому рангу (таблица 20).

Таблица 20 - Ранговые оценки управленческих навыков медицинских сестер-менеджеров по шкале Лайкерта

Управленческие навыки	Значение по Лайкерту	Ранг
Умение управлять собой	4,38	8
Заинтересованность в повышении своего потенциала	4,48	10
Способность влиять на окружающих	4,19	5
Коммуникабельность, терпимость к подчиненным и заинтересованность в качестве их работы	4,43	9
Четкие личные ценности и установки	4,13	3
Навыки решения проблем	4,12	2
Понимание особенностей управленческого труда	4,06	1
Умение руководить людьми	4,22	7
Навыки обучения других	4,21	6
Ответственность за свои поступки	4,5	11
Умение наладить групповую работу	4,17	4

Примечание - $r_s = 0.966$. Критические значения для $N = 11$ (0,61 для $p < 0,05$); (0,76 для $p < 0,01$)

Таким образом, по результатам самооценки для медсестер менеджеров характерны:

- высокая ответственность (11 ранг),
- заинтересованность в повышении своего потенциала (10 ранговое место),
- коммуникабельность, терпимость к подчиненным и заинтересованность в результатах их труда (9 ранговое место),
- умение управлять собой (8 ранговое место),
- умение руководить людьми (7 ранговое место).

В меньшей степени опрошенные руководители сестринских служб понимают особенности управленческого труда (1 ранговое место), имеют навыки решения проблем (2 ранговое место), четкие личные ценности и установки (3 ранговое место).

В таблице представлены значения χ^2 и критерия ϕ для выявления наличия и силы статистических взаимосвязей управленческих навыков с возрастом, стажем, образованием, должностью и местом работы респондентов (таблица 21).

Установлены выраженные статистические взаимосвязи между большей частью управленческих навыков и общим стажем работы. Имела место статистическая связь между руководящим стажем и навыками решения проблем, а также статистическая связь средней силы между способностью влиять на окружающих и занимаемой должностью.

Таблица 21 - Взаимосвязи между управленческими навыками, возрастом, стажем, занимаемой должностью и типом медицинской организации

	Возраст		Стаж общий		Стаж руков.		Должность		Тип МО	
	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P
Умение Управлять собой	86,4	0,11	118,3	,001	51,1	0,3	15,8	0,015	21,8	0,0001
Критерий ф	-		0,6				0,2		0,2	
Заинтересованность в повышении своего потенциала	110,5	0,002	111,3	0,005	49,4	0,4	13,2	0,04	32,2	0,001
Критерий ф	0,6		0,6		-		0,2		0,3	
Способность влиять на окружающих	105,7	0,5	254,6	0,0001	75,8	0,28	26,9	0,001	17,6	0,007
Критерий ф	-		0,87				0,3		0,2	
Коммуникабель- ность	112,8	0,3	101	0,8	56,3	0,8	10,0	0,3	4,0	0,6
Критерий ф	-		-		-		-		-	
Четкие личные ценности	172,1	0,05	242,5	0,0001	109,9	0,015	24,5	0,018	29,5	0,001
Критерий ф	0,7		0,8		-		0,3		0,3	
Навыки решения проблем	208,3	0,001	221,6	0,0001	119,9	0,04	24,1	0,02	30,2	0,001
Критерий ф	0,8		0,8		0,6		0,3		0,3	
Понимание особенностей управленческого труда	270,6	0,001	252,0	0,0001	88,3	0,69	9,9	0,6	20,0	0,009
Критерий ф	0,9		0,87		-		-		-	
Умение руководить людьми	169,7	0,07	288,9	0,0001	96,4	0,4	22,1	0,036	4,0	0,8
Критерий ф	-		0,9		-		0,2		-	
Навыки обучения других	146,5	0,4	291,1	0,0001	87,6	0,7	14,5	0,2	7,1	0,5
Критерий ф	-		0,9		-		-		-	
Ответственность за свои поступки	269,2	0,001	167,9	0,001	85,5	0,13	7,4	0,5	15,3	0,01
Критерий ф	0,9		0,7		-		-		0,2	
Умение наладить групповую работу	207,4	0,001	224,4	0,0001	86,6	0,7	30,5	0,002	12,1	0,1
Критерий ф	0,8		0,8		-		0,3		-	

Четкие личные ценности, заинтересованность в повышении своего потенциала, навыки решения проблем, умение руководить людьми и работать в команде связаны с возрастом опрошенных руководителей, а, следовательно, во многом обусловлены жизненным опытом и социальной зрелостью руководителей.

Для ранжирования личностных характеристик, навыков и умений, важных для медсестры-менеджера в анкету были включены открытые вопросы с

перечисленными характеристиками, которые необходимо было оценить по степени важности от 1 (наиболее важное) до 5 (наименее важное). Затем было проведено агрегирование оценок и их ранжирование (таблица 22).

Таблица 22 - Ранговые оценки значимости качеств и навыков, необходимых для медицинских сестер-менеджеров (по результатам опроса)

Качества и навыки	Ранговое место	
	главные медсестры	старшие медсестры
Лидерство	4	5
Стратегическое мышление	3	4
Честность/порядочность	2	2
Профессионализм	1	1
Способность к инновациям	5	3

Примечание: $r_s = 0,966$. Критические значения для $N = 5$ (0,61 для $p < 0,05$); 0,76 для $p < 0,01$)

Как видно из таблицы, главные и старшие медсестры единодушны во мнении, что самыми важными качествами руководителя являются профессионализм (1 ранг), честность и порядочность (2 ранг). На третьем месте по значимости у главных медсестер оказалось «стратегическое мышление». К сожалению, «лидерство» и «способность к инновациям» для наших респондентов пока еще являются довольно абстрактными понятиями.

В таблице представлены результаты ответов руководителей сестринских служб на вопрос об удовлетворенности своей деятельностью в качестве менеджера (таблица 23).

Таблица 23 - Удовлетворенность руководителей сестринских служб своей управленческой деятельностью

Должность	Удовлетвор. полностью		Удовлетвор. большей частью		Затрудняюсь ответить		Неудовлетвор.		Неудовл. полностью	
	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Главные медсестры	22	14-33	36	25,7-47,3	6	2,2-14,4	30	20,2-40,9	6,0	2,2-14,4
Старшие медсестры и акушерки	17	12,7-21,9	33	27,6-38,9	30	24,8-35,9	12	8,4-16,3	8	5,1-11,8

Как видно, полностью удовлетворены своей управленческой деятельностью 22% главных и 17% старших медсестер; удовлетворены большей частью – 36% главных и 33% старших медсестер. Не удовлетворены 36% главных и 20% старших медсестер. Различия достоверны $\chi^2_4 = 67,7$; $p \leq 0,0001$.

Для анализа зависимости между стажем работы в должности руководителя и удовлетворенностью своим уровнем знаний по менеджменту был применен одномерный корреляционный анализ. Коэффициент корреляции составил ($r=-0,6982$), что позволило сделать вывод об имеющейся обратной линейной зависимости, т.е. удовлетворенность уровнем знаний по менеджменту тем ниже, чем меньше стаж работы в должности руководителя. Также установлены корреляционные связи между удовлетворенностью управленческой деятельностью и взаимоотношениями в коллективе ($r_s=0,4$; $p=0,0001$) и уровнем образования ($r_s=0,5$; $p=0,03$).

Таким образом, высокие результаты самооценки управленческих навыков у наших респондентов можно объяснить большим профессиональным стажем и жизненным опытом. Установлено, что наиболее значимыми факторами, ограничивающими потенциал и эффективность работы медицинских сестер-руководителей, являются:

- недостаточное понимание особенностей управленческого труда;
- слабые навыки решения проблем;
- отсутствие ясности в вопросе о целях личной или деловой жизни;
- недостаточные способности формирования коллектива.

Полученные результаты отчасти согласуются с данными более ранних отечественных исследований, что подтверждает сохраняющийся недостаточный уровень управленческих компетенций у медсестер-руководителей [15, с. 127-128; 14, с. 15].

Выявленная градация ответов определила области, нуждающиеся в улучшении:

- изменение устаревших представлений о роли руководителя;
- разработка эффективных стратегий мотивации работников;
- совершенствование навыков работы в команде;
- привлечение сотрудников к решению проблем;
- умение разрабатывать реальные и четкие планы личного развития;
- умение делегировать полномочия, которое позволит не только избежать многих проблем, вызванных дефицитом времени, но и сделать подчиненных более самостоятельными, инициативными и мотивированными;

Порядок значимости личностных характеристик, необходимых для руководителя, в ответах главных и старших медсестер не всегда согласуется. Тем не менее, те и другие считают, что самыми важными качествами для медсестры-менеджера являются: профессионализм, честность, порядочность. Руководители сестринского дела недооценивают важность таких качеств, как: лидерство, способность к инновациям и эффективным коммуникациям.

На наш взгляд, это можно объяснить недостаточным опытом руководящей работы (средний стаж в должности руководителя менее 10 лет), отсутствием у большей части руководителей специальной подготовки по менеджменту, и как следствие, недостаточным развитием управленческих компетенций. Т.к. в системе здравоохранения до сих пор сохраняется практика назначения на руководящие должности специалистов, имеющих большой профессиональный опыт, но не имеющих специальных управленческих знаний и опыта руководства [15, с.126].

6 КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ

6.1 Сравнительный анализ стратегий и концепций развития сестринского дела

В Приложении М представлены основные стратегии, и концепции развития сестринского дела, рекомендованные ВОЗ и действующие в Казахстане.

При анализе концепций развития сестринского дела (СД) нами установлены следующие **преимущества и недостатки**:

1. *Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2011-2015 гг.* определяет наиболее важные 5 ключевых задач развития СД. К 3-м условиям эффективной реализации стратегии развития СД можно добавить необходимость развития научных исследований, совершенствование системы сестринского образования и развитие карьеры. Отсутствуют индикаторы оценки реализации внедрения [144].

2. *Концепция ВОЗ «Уход на дому в Европе» (2008 г.)* наиболее полно раскрывает назначение, сущность сестринского ухода на дому, который можно определить, как одно из перспективных направлений развития сестринского дела [143].

3. *Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2002-2008 гг.* определяет наиболее важные 5 ключевых задач развития СД, 7 видов деятельности МПСЗ. К 3-м условиям эффективной реализации стратегии развития СД можно добавить необходимость проведения научных исследований и совершенствование системы сестринского образования. Отсутствуют индикаторы оценки реализации внедрения [144].

4. *Европейская стратегия ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок (2000 г.)* дает обоснование разработки стратегии подготовки МПСЗ. Определены цель, задачи и 8 руководящих принципов стратегии. Подчеркнуто, что стратегия не сводится только к изменению учебных программ, т.к. она подразумевает фундаментальные изменения в роли МПСЗ для приближения к целям ЗДВ. Дано определение СД, включающее необходимые знания и навыки из определенных наук. Определено 5 ролей МПСЗ и 40 фундаментальных принципов и условий программ начальной подготовки МПСЗ. Их функции даны в расплывчатой форме и не классифицированы [145].

5. *Программа развития Сестринского дела в РФ на 2010-2020 годы.* Цель Программы, на наш взгляд, представлена нечетко, можно было ограничиться первой половиной предложения. Представлено 7 задач Программы. В самой Программе кратко представлена, и Концепция развития СД в РФ (цель, 14 задач), отличающаяся от Программы длительностью реализации. Концепцию, на наш взгляд, необходимо исключить из Программы, и расширить, включив ожидаемые результаты, основные мероприятия. Следует отметить и отсутствие индикативного подхода при разработке данной Программы, что необходимо для проведения оценки ее результативности [146].

6. *Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2009-2014 годы* разработана, на наш взгляд, на слишком короткий (5 лет) период, в то время как само название концепции предполагает направление для реализации мероприятий или программ на более длительный период. Цель концепции определена четко, это развитие и совершенствование сестринского дела и усиление роли МПСЗ в ПМСП. Выделены 9 задач, но дается описание только 5 задач. При этом они раскрыты не полностью, так, нет их содержания, не представлены мероприятия по достижению этих задач и ожидаемые результаты. Дано понятие СД как составной части системы здравоохранения, но, поскольку в понятии нет ни слова о МПСЗ, это понятие вполне применимо и для врачей, и для других сфер здравоохранения. Представлены 4 принципа эффективной реализации Концепции. На наш взгляд, среди них отсутствует самый важный принцип: политическая поддержка реформ в СД. Соответственно этому принципу должна быть выделена задача совершенствования НПА СД. Ожидаемые конечные результаты реализации концепции представлены также нечетко. Следует отметить и отсутствие индикативного подхода при разработке данной Программы, что необходимо для проведения оценки ее результативности [147].

7. *Концепция развития сестринского дела в Республике Казахстан на 2014-2020 годы*. Из ожидаемых результатов отдельные не подлежат измерению, например, «признание значительной роли специалистов СД», в то время как более весомым является расширение вклада МПСЗ в развитие ПМСП. Цель емкая с ясной формулировкой, однако, задачи и ожидаемые результаты нуждаются в корректировке. В разрабатываемых НПА по задаче №1 не хватает Номенклатуры медицинских специальностей и Квалификационных характеристик медицинских специальностей. Также для разработки НПА необходимо включить пересмотр всех действующих ГОСО на предмет соответствия международным требованиям. По всем задачам перечень ключевых индикаторов не в полной мере представляют ожидаемые результаты. Следует отметить, что для реализации данной концепции необходимо разработать Программу, в которой по аналогии с Госпрограммой «Саламатты Казахстан» индикаторы реализации должны быть представлены в цифровом значении, включая начальные данные (на конец 2013 г.) и по годам реализации концепции [148].

При анализе концепций развития сестринского дела (СД) нами выделены **ключевые направления развития СД**, раскрываемые в данных концепциях:

Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2002-2008 гг. определяет 5 основных задач СД, выделены 3 актуальные проблемы общественного здравоохранения, в решении которых ВОЗ рекомендует активно задействовать МПСЗ. Определены направления развития СД согласно **Целям развития в новом тысячелетии и в условиях глобализации**. Определены 3 ключевые условия развития СД (эффективные системы регулирования, образования и научно-исследовательской деятельности, и управления), которые необходимо реализовать на правительственном, уровне МЗ и МО.

Таким образом, данная стратегия выделяет следующие направления развития СД:

- 1) планирование кадров;
- 2) руководство персоналом;
- 3) научно-доказательная практика;
- 4) образование;
- 5) управление, в т.ч. развитие НПА и организационной структуры СД.

Все эти направления должны быть нацелены и на решение актуальных проблем общественного здравоохранения и содействовать достижению **Целей развития в новом тысячелетии**:

- 1) обеспечения медико-санитарной помощи (медико-социальная помощь детям с пониженной массой тела; санитарное просвещение девочек и женщин; охрана здоровья матери и ребенка; профилактика инфекционных болезней);
- 2) социально-демографических изменений;
- 3) медико-социальных проблем (уменьшение бедности; гендерное равенство; сокращение детской и материнской смертности; борьба с инфекционными болезнями).

Европейская стратегия ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок (2000 г.) является примером составления аналогичных документов и включает:

- 1) обоснование разработки стратегии;
- 2) цель и задачи;
- 3) принципы реализации стратегии;
- 4) отдельное детальное описание реализации задач: мероприятия; достижимые результаты и индикаторы реализации.

Программа развития Сестринского дела в РФ на 2010-2020 годы выделяет следующие направления развития СД:

- 1) кадры;
- 2) система управления, в т.ч. развитие НПА
- 3) сестринская практика, в т.ч. стандартизация и технологии, информатизация;
- 4) образование и наука.

Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2009-2014 годы главной целью определяет развитие и совершенствование сестринского дела и усиление роли МПСЗ в ПМСП. Основными направлениями развития СД выделены:

- 1) сестринская практика, в т.ч. обеспечение условий для развития СД; направления и технологии расширения сестринской помощи (профилактика),
- 2) управление;
- 3) образование и наука;
- 4) профессиональный и социальный статус, в т.ч. ассоциации.

Концепция развития сестринского дела в Республике Казахстан на 2014-2020 годы главной целью определяет повышение эффективности функционирования системы здравоохранения РК путем реформы сестринского дела и создания специалиста сестринского дела новой формации в соответствии с современными вызовами общества и международными требованиями.

Основными направлениями развития СД выделены:

- 1) новые компетенции и роли МПСЗ;
- 2) институциональное развитие сестринского образования;
- 3) создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития СД;
- 4) формирование позитивного образа МПСЗ.
- 5) механизмы координации реформы СД.

В таблице 24 нами выделены стратегические направления развития СД, рекомендованные ВОЗ и представленные в программах развития СД отдельных стран СНГ.

Таблица 24 – Сравнительный анализ стратегических направления и принципов/условий реализаций концепций развития сестринского дела

Концепция	Стратегические направления развития СД	Принципы/Условия реализации концепции
1	2	3
Европейская стратегия ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок (2000 г.)	1) фундаментальные принципы начальной (базовой) подготовки МПСЗ с учетом его воздействия на непрерывное обучение.	1) составление программ обучения с ориентацией на практическую деятельность; 2) обучение и подготовка, ориентированные на формирование компетентности; 3) переориентация содержания учебной программы на достижение целей политики ЗДВ и на работу в рамках многодисциплинарной бригады; 4) использование принципов обучения взрослых; 5) контроль и оценка качества обучения; 6) использование критериев подготовки преподавателей и наставников; 7) мониторинг качества и аккредитация образовательных учреждений, в т.ч. мест прохождения практики; 8) аккредитация учебных программ.
Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2002-2008 гг.	1) планирование кадров; 2) руководство персоналом; 3) научно-доказательная практика; 4) образование; 5) управление, развитие НПА и организационной структуры СД.	1) эффективная НПА; 2) эффективная система образования и научно-исследовательской деятельности; 3) эффективная система управления СД; 4) нацеленность на решение актуальных проблем ОЗ

Продолжение таблицы 24

1	2	3
Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2011-2015 гг.	1) улучшение медицинской помощи при хронических заболеваниях; 2) дальнейшее развитие ПМСП; 3) образование и развитие карьеры 4) управление кадрами; 5) укрепление партнерства	1) этический аспект: планирование и оказание медицинской помощи, основанной на уважении прав человека; 2) адекватность: развитие медицинских услуг, основанных на потребностях, научных исследованиях и стратегических приоритетах
Программа развития Сестринского дела в РФ на 2010-2020 годы	1) кадры; 2) система управления, в т.ч. развитие НПА 3) сестринская практика, в т.ч. стандартизация и технологии, информатизация; 4) образование и наука.	нет
Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2009-2014 годы	1) сестринская практика, в т.ч. обеспечение условий для развития СД; направления и технологии расширения сестринской помощи (профилактика), 2) управление; 3) образование и наука; 4) профессиональный и социальный статус, в т.ч. ассоциации.	нет
Концепция развития сестринского дела в Республике Казахстан на 2014-2020 годы	1) новые компетенции и роли МПСЗ; 2) институциональное развитие сестринского образования; 3) создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития СД; 4) формирование позитивного образа МПСЗ. 5) механизмы координации реформы СД.	нет

Обобщая предлагаемые стратегические направления можно выделить общие для всех концепций **направления** (и актуальные для большинства стран проблемы):

1) руководство СД и персоналом (организационная структура, НПА, решение кадрового дефицита, нормирование сестринского труда, сестринские ассоциации, профессиональный и социальный статус, обеспечение безопасных условий работы персонала, стимулирование труда);

2) научно-доказательная практика (стандартизация, технологии, информатизация, расширения сестринской помощи)

3) образование и наука.

Обобщая предлагаемые стратегические направления можно выделить общие для всех концепций **принципы/ условия реализации концепции развития СД:**

1) нацеленность на решение актуальных проблем ОЗ;

2) эффективное многосекторальное партнёрство и международное сотрудничество;

3) эффективная система управления СД;

4) эффективная НПА (полнота, соответствие друг другу или согласованность; четкость изложения и измеримость конечных результатов; использование индикативного подхода)

5) эффективная система образования, основанная на компетентностном подходе и мониторинге качества образования (аккредитация, сертификация, аттестация образовательных учреждений и учебных программ);

6) финансирование исследований в области СД;

7) решение вопроса дефицита сестринских кадров и постоянный мониторинг кадровых ресурсов;

8) содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечение их к реформированию сестринского дела.

Обобщая предлагаемые стратегические направления можно выделить общие для всех концепций **направления развития сестринской практики:**

1) индивидуальная координация сестринской помощи для больничных и учреждений ПМСП (непрерывная оценка и мониторинг потребностей пациентов, координирование услуг во всём диапазоне оказания медико-социальной и медико-санитарной помощи, координирование больничной помощи и маршрутизация пациента);

2) профилактика (диагностика факторов риска, определение групп риска, скрининговые программы).

3) санитарное просвещение и обучение пациентов и сообществ (школы здоровья,

4) уход на дому, дневные стационары;

5) новые технологии сестринского ухода (телесестринство, пери оперативный процесс, оккупациональная сестринская практика, технические приспособления для ухода).

Обобщая проанализированные концепции нами определена наиболее оптимальная, логичная и содержательная **структура составления концепций**, наиболее ярко представленная в Европейской стратегии ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок (2000 г.) и Государственной программе «Саламатты Казахстан» (2010 г.). Это:

1) анализ текущей ситуации и обоснование разработки стратегии;

2) цель и задачи;

3) принципы реализации стратегии;

4) отдельное детальное описание реализации задач: мероприятия; достижимые результаты и индикаторы реализации, необходимые ресурсы.

6.2 Определение объема управленческих навыков медсестры-менеджера (руководителя сестринской службы)

Приказ МЗ РК №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» определяет квалификационные требования и должностные обязанности специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Существенным преимуществом этого документа является введение должностей менеджера по качеству, стратегии и маркетингу медицинских услуг, по организации и методологии оказания медицинских услуг, которые могут занимать, и специалисты с высшим сестринским образованием. Однако в приказе не предусмотрены должности клинических сестер с высшим образованием.

Последующий анализ указанного документа позволил установить неполное соответствие должностных обязанностей руководителей сестринских служб их должности (таблица 25).

Главные медицинские сестры в соответствии с приказом МЗ РК №791 относятся к категории руководителей. Но, исходя из содержания документа, почти вся управленческая деятельность главной медсестры сводится к организации и контролю.

Старшие медицинские сестры относятся к категории специалистов, но в должностные обязанности старших медсестер помимо выполнения лечебно-диагностических функций также входит управление деятельностью среднего и младшего персонала.

Следовательно, существующие должностные обязанности не в полной мере учитывают необходимость выполнения всех управленческих функций и соответствие должности руководителей сестринских служб.

Как видно из таблицы 26, управленческое звено (главные и старшие медицинские сестры) должно иметь подготовку на уровне бакалавриата. Необходимо отметить, что во многих странах, ведущих подготовку бакалавров сестринского дела, уровень бакалавриата вообще рассматривается как базовая подготовка, позволяющая работать по специальности. В стратегическом плане введение прикладного бакалавриата должно привести к совершенствованию управления сестринской помощью.

Подготовка в магистратуре по административно-управленческому направлению, на наш взгляд, будет востребована в первую очередь медицинскими сестрами-бакалаврами уже, занимающими руководящие позиции и нуждающимися в развитии профессиональных компетенций. Данная категория нуждается в получении необходимого образования без отрыва от основной работы. Согласно действующему законодательству в магистратуре предусмотрена только очная форма обучения. В этой связи целесообразна разработка гибких образовательных программ, использование дистанционных технологий, социальных сетей и пр.

Таблица 25 – Соответствие должностных обязанностей главной медсестры, регламентированных Приказом МЗ РК №791, классическим функциям управления в менеджменте

Функции управления	Должностные обязанности согласно Приказу МЗ РК №791	Должностные обязанности согласно компетенциям выпускника суза (ГОСО 030200)	Должностные обязанности согласно компетенциям выпускника вуза (ГОСО специальности 5В110200-Сестринское дело, бакалавриат)	Должностные обязанности согласно компетенциям выпускника вуза (ГОСО специальности 5В110200-Сестринское дело, магистратура)
1	2	3	4	5
Главная медсестра				
1. Планирование	1. Разрабатывает перспективные и текущие планы повышения квалификации МПСЗ.		1. Разрабатывает перспективные и текущие планы повышения квалификации МПСЗ. 2. Планирует деятельность МПСЗ. 3. Планирует проведение научных исследований	1. Разрабатывает перспективные и текущие планы повышения квалификации МПСЗ. 2. Планирует деятельность сестринских служб. 3. Планирует проведение научных исследований
2. Организация	1. Осуществляет общее руководство работой МПСЗ организации. 2. Обеспечивает составление и выполнение графиков работ, соблюдение правил лечебно-охранительного режима, инфекционного контроля, дисциплины. 3. Осуществляет разработку функциональных и должностных обязанностей МПСЗ организации. 4. Обеспечивает рациональную организацию труда МПСЗ.	1. Руководит и обеспечивает рациональную организацию труда МПСЗ.	1. Осуществляет общее руководство и обеспечение рациональной организации труда МПСЗ. 2. Обеспечивает отделения лекарственными средствами и пр., ведет учет их расходования 3. Обеспечивает соблюдение правил охраны труда и техники безопасности. 4. Организует питание больных отделения. 5. Проводит обучение персонала, организует самообразование персонала.	1. Обеспечивает отделения лекарственными средствами и пр., ведет учет их расходования и сохранности. 2. Организует и проводит обучение персонала, организует самообразование персонала.

Продолжение таблицы 25

1	2	3	4	5
	<p>5. Осуществляет своевременную выписку, распределение и хранение перевязочных материалов и пр., ведет учет их расходования.</p> <p>6. Обеспечивает предоставление отчетности.</p> <p>7. Обеспечивает соблюдение медицинской этики, правил внутреннего трудового распорядка.</p> <p>8. Обеспечивает соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, противопожарной безопасности и техники безопасности</p>		<p>6. Организует проведение научных исследований, публикаций</p>	
<p>3. Контроль</p>	<p>1) выполнение МПСЗ врачебных назначений;</p> <p>2) санитарно-гигиеническое содержание ОЗ, своевременность и качество дезинфекции помещений;</p> <p>3) качество ведения медицинской документации.</p> <p>Оценка:</p> <p>4) профессиональной деятельности МПСЗ к аттестации для получения квалификационной категории.</p>		<p>1) качества деятельности МПСЗ;</p> <p>2) санитарно-гигиенического состояния отделений, санитарной обработки больных;</p> <p>3) качества ведения медицинской документации сестринским персоналом;</p> <p>4) мониторинг и оценка деятельности МПСЗ для получения квалификационной категории.</p> <p>Анализ и оценка:</p> <p>1) работы и потенциальных возможностей развития сестринской службы;</p> <p>2) состояния здоровья населения.</p>	<p>1) качества деятельности МПСЗ;</p> <p>2) санитарно-гигиенического состояния отделений, санитарной обработки больных;</p> <p>Анализ и оценка:</p> <p>1) медико-статистической информации</p> <p>2) программ санитарно-гигиенической службы;</p> <p>3) деятельности ОЗ;</p> <p>4) здоровья и качества жизни населения.</p>

Сравнительный анализ квалификационных требований к должности руководителей сестринских служб показал их значительное повышение в России (таблица 26).

Таблица 26 - Наименования должностей специалистов сестринского дела

Россия	Казахстан
Главная медицинская сестра/ зам. директора по сестринскому делу	
Высшее профессиональное образование по специальности "Сестринское дело" и сертификат специалиста по специальности "Управление сестринской деятельностью", стаж работы по специальности не менее 5 лет. Или среднее профессиональное образование, сертификат специалиста по специальности "Организация сестринского дела", стаж работы по направлению профессиональной деятельности не менее 10 лет.	Высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» без предъявления требований к стажу работы или техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное) медицинское образование и первая/высшая квалификационная категория.

На наш взгляд повышение требований к образовательному уровню и стажу работы руководителей сестринских служб является вполне обоснованным, т.к. эффективность любой организации во многом зависит от компетентности ее руководителя.

Квалификационные характеристики являются основой для разработки должностных инструкций. Трудовой Кодекс РК не предусматривает обязательное наличие должностных инструкций (ст.33, ст.22). Тем не менее, должностные инструкции, в которых четко изложены прямые обязанности специалиста, сфера его компетентности и ответственности, критерии оценки эффективности его работы являются отличным инструментом оценки, адаптации и мотивации персонала.

В таблице 27 представлены должностные обязанности и перечень необходимых компетенций руководителя сестринской службы в соответствии с Национальными стандартами аккредитации организаций здравоохранения (Приказ МЗ РК №676).

Таким образом, выполнение функциональных обязанностей руководителя сестринской службы, соответствующих международным требованиям, требует от медсестер-менеджеров непрерывного развития управленческих компетенций [149-152].

Совершенствование сестринского дела невозможно без расширения сестринских полномочий и развития партнерских взаимоотношений между врачами и сестрами. В этой связи нами было изучено мнение руководителей врачей и медсестер-менеджеров о возможности и условиях делегирования части врачебных полномочий медицинским сестрам.

Таблица 27 - Должностные обязанности (ДО) главных медицинских сестер согласно Приказу МЗ РК №676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения»)

Существующие ДО	Расширенные ДО	Необходимые компетенции
1	2	3
<p>Планирование</p> <p>Разрабатывает перспективные и текущие планы развития СД в своей организации, представляет их на утверждение главному врачу/директору и обеспечивает их выполнение.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - формулирует миссию, моральные и этические ценности СД в лечебной организации; - разрабатывает стратегический план развития СД в лечебной организации с изложением долгосрочных целей, задач и стратегий; - разрабатывает комплексный годовой план в соответствии со стратегическим планом; с изложением задач, планов мероприятий, определением укомплектованности штатом, финансовых и материальных ресурсов для обеспечения запланированных действий; - регулярно анализирует достигнутый прогресс в реализации годового плана с анализом уровня достижения целей, соблюдения сроков, адекватности ресурсов, нереализованных задач, дальнейшим планированием. <p>Участствует в усовершенствовании должностных инструкций медицинского персонала; разработке и использовании стандартов деятельности медперсонала; повышении организационной культуры; соблюдения принципов безопасности сестринской помощи.</p>	<p>Способность к стратегическому и тактическому планированию.</p> <p>Умение прогнозирования и планирования потребности в ресурсах.</p> <p>Способность к управлению ресурсами, работе с документами, проведения переговоров, межличностного общения для создания благоприятного морально-психологического климата в рабочем коллективе.</p>

Продолжение таблицы 27

1	2	3
<p>Организация осуществляет общее руководство деятельностью среднего и младшего медицинского персонала.</p> <p>Участвует в подборе и расстановке медицинского персонала, анализируя причины текучести, планируя меры по их устранению</p> <p>Способствует развитию наставничества, организации учебно-практических кабинетов для непрерывной подготовки МПСЗ.</p> <p>Обеспечивает непрерывную последипломную подготовку медицинского персонала на местах.</p> <p>Ведет необходимую учетно-отчетную документацию,</p> <p>Обеспечивает пропаганду здорового образа жизни среди коллектива учреждения и силами специалистов сестринского дела среди населения.</p> <p>Систематически повышает свой профессиональный уровень.</p> <p>Формирует резерв на должность старших медицинских сестер и осуществляет его подготовку.</p> <p>Осуществляет анализ качества оказания сестринской помощи.</p>	<p>а) обеспечивает управление штатом среднего и младшего медицинского персонала, включающее: назначение, отбор; обучение; оценку, поощрение; сохранение и привлечение компетентных сотрудников;</p> <p>б) До назначения специалиста, допущенного к клинической практике, проводит оценку его клинических знаний и навыков, проверку представленной документации.</p> <p>в) Составляет ежегодный план по повышению квалификации персонала на основе: анализа потребностей в дополнительной подготовке.</p> <p>г) Проводит политику непрерывного профессионального образования, предусматривающее: регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет) с оплатой обучения, организацию обучения на рабочем месте.</p> <p>д) внедрение в практику новых организационных форм и ресурсосберегающих технологий деятельности</p> <p>е) организация и обеспечение квалифицированного ухода за пациентами с использованием методологии сестринского процесса.</p>	<p>Способность создания команды</p> <p>Навыки эффективного лидерства</p> <p>Способность и готовность обучения персонала</p> <p>Навыки разрешения конфликтных ситуаций</p> <p>Навыки управления качеством сестринской помощи</p> <p>Способность применять знание всех этапов сестринского процесса для оценки деятельности сестринского персонала.</p> <p>Навыки управления изменениями.</p>

Продолжение таблицы 27

1	2	3
<p>Контроль Осуществляет общий контроль деятельности практических служб, среднего и младшего персонала ЛПУ. Контролирует качество оформления медицинской документации в руководимых службах Контролирует выполнение санитарно-противоэпидемического режима ЛПУ, соблюдает законодательство о режиме труда и отдыха персонала. Контролирует вопросы современного совершенствования и аттестации Контролирует своевременность выписки, правильность учета, распределения расходов и хранения медикаментозных средств</p>	<p>Проводит мониторинг деятельности персонала, который включает: мониторинг компетентности, наставничество, обучение. Регулярно проводит количественный и качественный анализ кадров. Изучение удовлетворенности сотрудников условиями труда.</p>	<p>Способность к проведению эффективного контроля. Навыки проведения опросов, интервью и проведения анализа полученных результатов. Способность разработки системы оценки деятельности персонала (разработка индикаторов).</p>
<p>Мотивация</p>	<ul style="list-style-type: none"> - участие в разработке и внедрении программ реабилитации персонала после болезни или травмы; - разработка индикаторов оценки качества работы; - изучение и внедрение в практическую деятельность передовых форм и методов труда среднего и младшего медицинского персонала. - обеспечение здоровых условий труда: профилактика риска профессионального заражения и травм; обеспечение защитными приспособлениями и механическими подъемными устройствами; удобными рабочими местами. 	<p>Способность к мотивации персонала на выполнение поставленных задач. Навыки межличностного общения (МЛЮ) для создания благоприятного морально-психологического климата в коллективе и общения с пациентами.</p>

Продолжение таблицы 27

1	2	3
<p>Принятие решений</p>	<ul style="list-style-type: none"> - разработка управленческих решений по повышению эффективности и качества деятельности сестринских служб; - принятие решений в рамках должностных полномочий. 	<p>Способность принятия решений, внесения предложений об улучшении сестринской деятельности.</p> <p>Способности управления изменениями.</p>

6.3 Экспертная оценка делегирования ряда врачебных функций медицинским сестрам

Для проведения экспертной оценки были разработаны «Карты экспертной оценки» (Приложения К, Л).

Эксперты (руководители МО и сестринских служб выражали свое согласие или несогласие с функциями, которые за рубежом выполняются в основном, медицинскими сестрами, а у нас зачастую врачами: первичный осмотр пациентов, разработка маршрута пациента в стационаре/поликлинике; обучение пациентов само уходу и самопомощи, навыкам ЗОЖ; информирование и обучение пациентов и пр.

На вопрос «Считаете ли Вы целесообразным передачу части врачебных полномочий медицинским сестрам?» подавляющее большинство руководителей-врачей ответили утвердительно (93%; n=74). Руководители сестринских служб не были так единодушны в своем мнении - 76% ответили утвердительно, но при «условии уменьшения нагрузки, увеличения оплаты и дополнительного обучения» (n=273; 95% ДИ 71-80,1). Не считают передачу полномочий необходимой 19% (n=69; 95% ДИ 15,3-23,7) опрошенных сестер-руководителей и затруднились ответить 5% (n=18). Различия достоверны $\chi^2_2 = 46,8$; p=0,002. Полученные нами данные отличны от результатов ранее проведенных исследований [17, с. 143].

Первичный осмотр пациента. При нашем опросе было установлено, что только 19,5% (n=14; 95% ДИ 12,2-30,7) главных врачей считают возможным делегировать проведение первичного осмотра пациентов медицинским сестрам, среди сестер таких было значительно больше – 66% (n=180; 95% ДИ 60,6-71,5), различия достоверны ($\chi^2=36,1$; df=1; p≤0.0001). Полученные нами результаты подтверждаются исследованиями, проведенными С.К. Муратбековой (2008) [15, с.87].

На рисунке 52 представлены результаты опроса врачей и медсестер о делегировании некоторых функций.

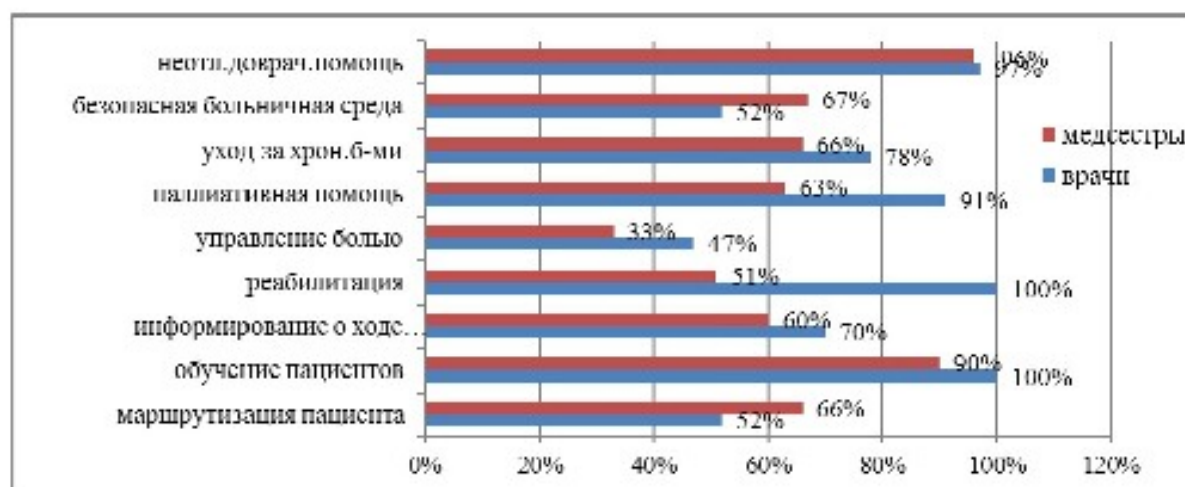


Рисунок 52 - Результаты опроса специалистов о передаче некоторых полномочий медицинским сестрам

Разработка маршрута пациента в поликлинике/стационаре.

Маршрутизация пациента – это новая организационная технология, необходимая для повышения качества и доступности медицинской помощи. На вопрос, «Знакомы ли Вы с понятием «маршрут пациента?», все опрошенные врачи (n=80) и подавляющее большинство руководителей сестринских служб ответили утвердительно (82%; n=295; 95% ДИ 77,5-85,7). На вопрос «Разработана ли в Вашей организации маршрутизация пациентов?», положительно ответили 15% руководителей врачей (n=12; 95% ДИ 8,3-25,1) и 13,6% сестер (n=37; 95% ДИ 9,8-18,3). Считают, что разработка маршрута пациента является прерогативой врачей 34% (n=93; 95% ДИ 28,5-40;) опрошенных медицинских сестер и 48% врачей (n=38; 95% ДИ 36,3-58,0). Различия достоверны ($\chi^2=8,4$; df=1; p=0,04).

Обучение пациентов практическим навыкам само ухода и самопомощи, навыкам ЗОЖ, а также обучение родственников уходу за хроническими больными является важнейшей обязанностью медсестринского персонала и нередко имеет более долговременный эффект, чем лечение и профилактика, т.к. главной целью обучения является изменение привычек и установок, т.е. изменение поведения [173]. Подавляющее большинство руководителей медсестер (90%; n=324) и врачей (100%; n=80) согласны, с тем, что обучением пациентов должны заниматься медицинские сестры. Различия достоверны ($\chi^2=28,3$; df=1; p=0,05).

Информирование пациентов о ходе проводимого лечения, возможном побочном действии некоторых лекарственных средств и т.п. необходимо для активного вовлечения пациента в процесс оказания медицинской помощи. Учитывая, что функция информирования пациентов и их родственников преимущественно принадлежит врачу, медсестра может передавать информацию только в объеме, согласованном с лечащим врачом. Тем не менее, сестринский мониторинг витальных функций пациента, его реакции на лекарственные препараты, процедуры и пр. очень важен для принятия своевременных клинических решений. При опросе было установлено, что 70% руководителей врачей (n=56; 95% ДИ 58,6-79,5) и 60% (n=146; 95% ДИ 54,0-65,8) медицинских сестер-руководителей считают, что информирование пациентов должно проводиться медицинскими сестрами в пределах их профессиональной компетенции. Различия достоверны ($\chi^2=23,3$; df=1; p=0,05)

Трудно переоценить роль медсестер в реабилитационном процессе. Медсестра предоставляет сестринский уход; обеспечивает пациента и его семью информацией и помогает в выработке навыков, необходимых для возвращения к нормальному состоянию здоровья.

Наш опрос показал, что все руководители врачей (100%; n=80), но чуть более половины руководителей сестринских служб (51%; n=139; 95% ДИ 45,5-56,1) разделяют подобную точку зрения. Полученные результаты схожи с данными исследования, проведенного С.К. Муратбековой [15, с. 86-93].

Управление болью. Эффективное лечение боли у ряда хронических больных порой, является единственной, поддающейся коррекции частью заболевания. Длительное время боль рассматривалась исключительно как

проблема врача и пациента, а медицинские сестры занимали пассивную позицию наблюдателей и исполнителей назначений. Управление болью не просто назначение анальгетиков, оно подразумевает систематическое наблюдение за больным, обучение пациента использованию Листа оценки боли, оказание пациенту психологической поддержки и консультативной помощи [153]. На вопрос «Знакомы ли вы с понятием «управление болью» больше половины медицинских сестер-менеджеров ответили отрицательно – 67% (n=241; 95% ДИ 61,8-71,7). Более половины главных врачей (52,5%; n=42; 95% ДИ 45-51,7) представляют роль медсестры в управлении болью, исключительно в качестве исполнителя врачебных назначений. Различия достоверны ($\chi^2=41,3$; df=1; $p\leq 0,001$).

Паллиативная помощь. Оказание паллиативной и хосписной помощи являются важнейшими аспектами деятельности медицинских сестер [154-158]. Подавляющее большинство руководителей врачей (91%) и 63% опрошенных сестер (95% ДИ 57,8-68) медицинских сестер согласны с данным утверждением, различия достоверны ($\chi^2=24,5$; df=1; $p\leq 0,0001$).

Оказание медицинской помощи хроническим больным, пожилым и инвалидам. В последние годы во всем мире отмечается увеличение потребности и рост спроса на квалифицированный домашний уход [159-160, 168-173].

В Казахстане численность инвалидов по данным Министерства труда и социальной защиты в 2013 г. составила 388,7 тыс. человек. Многие исследователи отмечают тенденцию роста численности инвалидов на фоне снижения первичной инвалидности, что говорит о низком уровне реабилитации. Уход за такими пациентами, в основном, осуществляется на дому. В нашем обществе в обеспечении ухода за хроническими больными, инвалидами и пожилыми людьми традиционно важную роль играет семья. Тем не менее, высока потребность в квалифицированной сестринской помощи, особенно, при длительном заболевании и ограничении самообслуживания. Недоверие к медицинскому персоналу, высокая стоимость частных сестринских услуг препятствуют получению необходимой сестринской помощи, а самостоятельный уход нередко негативно отражается на здоровье пациента. По данным нашего опроса 78,3% главврачей (n=62; 95% ДИ 66,5-85,8) и 66,4% (n=181; 95% ДИ 60-71,8) медсестер-руководителей считают предоставление ухода этим категориям пациентов, в основном, сферой практики медицинских сестер. Различия достоверны ($\chi^2=24,2$; df=1; $p\leq 0,0001$).

Обеспечение безопасной больничной среды. Больничная среда имеет множество элементов, отрицательно влияющих на здоровье, как медицинского персонала, так и пациентов: риск инфекционного заражения, падения, эмоциональные и психические риски и т.п. Задача медицинской сестры обеспечить благоприятную среду и максимально устранить влияние факторов риска на пациента [174]. Считают, что создание безопасной больничной среды, в большей степени является задачей медсестер 51,2% (n=41; 95% ДИ 39,9-62,5) руководителей врачей и 67% (n=241; 95% ДИ 61,8-71,7) руководителей сестринского персонала. Различия достоверны ($\chi^2=30,0$; df=1; $p\leq 0,0001$).

В заключение был задан вопрос, должны ли медицинские сестры оказывать неотложную доврачебную медицинскую помощь самостоятельно, не дожидаясь врача. Подавляющее большинство врачей (97%) и медицинских сестер (96%) ответили положительно. Различия достоверны ($\chi^2=20,5$; $df=1$; $p \leq 0,0001$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что существующая система подготовки МПСЗ по-прежнему не отвечает международным требованиям [17, с.115, 15, с.191]. Этот фактор серьезно затрудняет процесс передачи части врачебных полномочий медсестрам. В частности, имеет место недооценка медсестрами своей роли в реабилитации и паллиативной помощи, менеджменте боли и создании безопасной больничной среды.

6.4 Концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Республике Казахстан

Были проанализированы основные стратегии и концепции развития сестринского дела (Приложение М). В результате определена наиболее оптимальная, логичная и содержательная **структура составления концепции**:

- 1) глоссарий терминов и определений;
- 2) анализ текущей ситуации и обоснование разработки стратегии;
- 3) цель и задачи;
- 4) принципы реализации стратегии;
- 5) отдельное детальное описание реализации задач: мероприятия; сроки реализации; достижимые результаты и индикаторы реализации; необходимые ресурсы;
- 6) заключение и дополнения (ожидаемые результаты, план мероприятий, ответственные и исполнители и др.).

Следует отметить, что пункт №6 является не обязательным, т.к. его включение в концепцию зависит от вида НПА, которым будет утверждаться данный документ (постановление Правительства или приказ МЗ РК).

1. Глоссарий терминов и определений.

Были проанализированы основополагающие термины СД и предложена собственная трактовка этих понятий (таблица 28).

2. Анализ текущей ситуации и обоснование разработки стратегии представлен нами в главах 3-5 настоящего исследования. В дополнение выделены универсальные **направления развития СД**, которые могут быть представлены в данном разделе концепции:

- 1) руководство СД и персоналом (организационная структура, НПА, решение кадрового дефицита, нормирование сестринского труда, сестринские ассоциации, профессиональный и социальный статус, обеспечение безопасных условий работы персонала, стимулирование труда);
- 2) научно-доказательная сестринская практика (стандартизация, безопасность, технологии, информатизация, расширение сестринской помощи);
- 3) образование и наука.

3. Цель и задачи совершенствования сестринского дела

Цель: Повышение вклада сестринского дела в обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью, основанной на международных стандартах.

Таблица 28 - Определение миссии, философии, функции сестринского дела

Определение в документах ВОЗ и других организаций	Предлагаемое определение
1	2
Сестринское дело - это составная часть системы здравоохранения, включающая в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается медицинскими сестрами, как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где в ней есть потребность (<i>Международный Совет сестер, Новая Зеландия, 1987</i>)	Сестринское дело - это составная часть системы здравоохранения, включающая деятельность по сохранению, укреплению и развитию здоровья, основанная на оказании сестринской помощи/ сестринского ухода, оказываемая МПСЗ.
Философия СД - это система идей и взглядов, отражающая мировоззрение сестры в отношении ее деятельности, социального окружения, развитие и совершенствование собственной личности и профессиональной компетентности. Центральным звеном этой философии является личность пациента (<i>ВОЗ</i>).	Философия СД - это система идей и взглядов, определяющая объем и особенности профессиональной деятельности МПСЗ и основанная на учете определенных характеристик пациента.
Миссия СД - оказание помощи конкретным людям, семьям и группам людей в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в изменяющихся условиях окружающей среды (<i>ВОЗ</i>)	Миссия СД - оказание медсестринской помощи конкретным людям, семьям и группам людей в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в изменяющихся условиях окружающей среды» (<i>ВОЗ</i>)
Цель СД - развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения (<i>ВОЗ</i>)	Цель СД - развитие и эффективное использование МПСЗ, максимально удовлетворяющих потребности населения и системы общественного здравоохранения.
Функции СД: 1) осуществление сестринского ухода; 2) обучение пациентов и их близких навыкам, связанным с сохранением и поддержанием здоровья; 3) исполнение медицинской сестрой как зависимой, так и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента;	Функции СД: 1) медсестринская диагностика факторов и групп риска, первичная оценка состояния пациента; 2) сестринский уход; 3) санитарно-гигиеническое обучение пациентов и их близких (навыкам, связанным с сохранением, укреплением и развитием здоровья);

Продолжение таблицы 28

1	2
4) исследовательская деятельность в области сестринской практики и последующее её изменение в соответствии с новыми научными фактами» (www.sestrinskoe-delo.ru)	4) координирование медицинской (в т.ч. медико-социальной и медико-санитарной) помощи.
<p>Виды сестринской деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - административно-управленческая (специалисты органов управления здравоохранением и административно-управленческий персонал МО); - лечебно-профилактическая и диагностическая (специалисты сестринской службы по узкому профилю направлению); - аналитическая (сотрудники информационно-аналитических центров); - экспертно-консультативная (эксперты, консультанты в МО и социального обеспечения). - педагогическая (преподаватели вузов и сузов); - научно-исследовательская (научные сотрудники и организаций науки). (ГОСО РК специальности «Сестринское дело») 	<p>Виды сестринской деятельности:</p> <p>Без изменений (согласно ГОСО РК специальности «Сестринское дело»)</p>

Задачи:

1. Развитие государственной и общественной системы управления СД в соответствии с целями и задачами развития здравоохранения РК.

1) совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей правовой статус МПСЗ (роль, функции, полномочия и ответственность);

2) создание оптимальной системы управления СД;

3) содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечение их к решению проблем развития СД;

2. Развитие кадрового и ресурсного обеспечения СД.

1) создание регистра специалистов СД;

2) создание гибкой системы планирования подготовки специалистов СД в соответствии с потребностью системы здравоохранения и МО;

2) обеспечение использования сестринских кадров в соответствии с полученным уровнем образования;

3) нормирование труда МПСЗ в соответствии с международными требованиями;

4) совершенствование механизмов стимулирования труда МПСЗ;

5) совершенствование стандартов ресурсного обеспечения сестринской практики;

6) совершенствование стандартов условий и безопасности труда;

3. Стандартизация и развитие инновационных технологий сестринской помощи.

- 1) развитие новых организационных технологий сестринской помощи;
- 2) расширение видов и объемов сестринской помощи, в т.ч. в сфере профилактической медицины и реабилитации;
- 3) стандартизация сестринской помощи и сестринских услуг на основе доказательной практики;
- 4) развитие системы менеджмента качества сестринской помощи и сестринских услуг.

4. Совершенствование системы непрерывного и многоуровневого профессионального образования.

1) институциональное развитие медицинских колледжей и университетов в соответствии с потребностями реформы сестринского дела.

2) Развитие стандартов сестринской подготовки на основе компетентностного подхода.

5. Развитие научных основ сестринского дела.

1) обеспечение развития научных исследований в сестринском деле.

4. *Принципы реализации концептуальных подходов совершенствования СД:*

1) нацеленность на решение актуальных проблем ОЗ;

2) эффективное многосекторальное партнёрство и международное сотрудничество;

3) эффективная система управления СД;

4) адекватная нормативно-правовая база (полнота, соответствие, четкость изложения и измеримость конечных результатов; использование индикативного подхода);

5) эффективная система образования, основанная на компетентностном подходе и мониторинге качества образования (аккредитация, сертификация, аттестация образовательных учреждений и учебных программ);

6) финансирование исследований в области СД;

7) решение вопроса дефицита сестринских кадров и постоянный мониторинг кадровых ресурсов;

8) содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечение их к реформированию сестринского дела.

5. *Отдельное детальное описание реализации задач:* мероприятия; сроки реализации; достижимые результаты и индикаторы реализации; необходимые ресурсы.

К примеру, при раскрытии поставленной нами задачи №3 «Стандартизация и развитие инновационных технологий сестринской помощи» можно включить актуальные **направления развития сестринской практики:**

1) индивидуальная координация сестринской помощи для больничных и учреждений ПМСП (непрерывная оценка и мониторинг потребностей пациентов, координирование услуг во всём диапазоне оказания медико-социальной и медико-санитарной помощи, координирование больничной помощи и маршрутизация пациента; доврачебный прием);

2) профилактика (диагностика факторов риска, определение групп риска, скрининговые программы).

3) санитарное просвещение и обучение пациентов и сообществ (школы здоровья,

4) уход на дому, дневные стационары;

5) новые технологии сестринского ухода (телесестринство, периоперативный процесс, оккупациональная сестринская практика, технические приспособления для манипуляций и ухода).

6. Заключение и дополнения.

В данный раздел можно включить ожидаемые результаты:

1) повышение численности МПСЗ, в т.ч. молодых специалистов;

2) повышение профессионального и социального статуса сестринского персонала;

3) увеличение доступности населения к сестринской помощи и повышение удовлетворенности населения ее качеством;

4) повышение качества жизни пациентов, в т.ч. с хроническими заболеваниями, инвалидов, пожилых;

5) создание эффективной системы управления СД;

6) разработка единых стандартов сестринской практики, основанных на доказательной медицине, в т.ч. протоколов и клинических руководств;

7) развитие телесестринства и других инновационных технологий сестринской помощи;

8) укрепление материально-технической базы МО для оказания сестринской помощи;

9) развитие научного потенциала СД;

10) создание интегрированной системы подготовки и непрерывного профессионального образования;

11) компетентностно-ориентированная подготовка специалистов СД;

12) создание системы подготовки преподавателей и наставников по СД, основанные на критериальной оценке;

13) улучшение мониторинга качества и аккредитация образовательных учреждений, в т.ч. мест прохождения практики;

14) аккредитация учебных программ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Политика сдерживания затрат и возрастающие требования к здравоохранению в мире стимулируют поиск новых организационных моделей управления сестринской помощью, которые предусматривают максимальное использование имеющихся ресурсов, обеспечивая при этом безопасную, высококачественную помощь.

Исторически сложившаяся в Казахстане модель оказания медицинской помощи до сих пор рассматривает медицинскую сестру только в качестве помощника врача. Но медико-социальные и медико-демографические тренды (постарение населения, рост хронической патологии, возрастающие требования к качеству медпомощи и другие факторы) в сочетании с необходимостью сокращения растущих расходов на здравоохранение обусловили необходимость расширения перечня и объемов медико-социальных услуг. Эта задача в настоящее время возлагается на медицинских сестер, для ее решения в рамках модернизации системы здравоохранения меняются организационные структуры медицинских учреждений, появилась система многоуровневого образования и новые сестринские специальности, внедряются новые технологии.

В преддверии разработки новой Государственной программы развития здравоохранения на 2016-2020 гг. остается актуальным вопрос включения подпрограммы/ направления развития сестринского дела в стране, учитывающего рекомендации ВОЗ и других международных организаций. Таким образом, тема настоящего исследования определена необходимостью активизации роли специалистов сестринского дела в реализации современных реформ отечественного здравоохранения.

При изучении научных источников установлено, что изменение содержания сестринского дела в ответ на запросы общественного здравоохранения во многих странах (США, страны Европы и Тихоокеанского региона) началось в 90-е годы прошлого столетия с реформы системы подготовки специалистов сестринского дела, внедрения многоуровневой модели образования. На следующем этапе подготовленные медсестры-менеджеры определяли стратегию развития сестринского дела и разрабатывали различные модели оказания сестринской помощи. Так, в настоящее время во многих странах происходит реформа расширения границ сестринской практики, конечной целью которой является повышение результативности лечения при сокращении уровня расходов на медицинскую помощь. Активно развивается телесестринство (telenursing), периоперативный процесс, оккупациональная сестринская практика и др.

Таким образом, развитие сестринского дела происходит за счет расширения границ сестринской практики и усиления роли медицинской сестры в мировом/страновом здравоохранении. Эти изменения обусловлены социально-демографическими процессами, ростом хронической патологии, необходимостью экономии расходов на медицинскую помощь.

Медицинские сестры, работающие в составе мультипрофессиональных команд на правах равноправных партнеров врача, вносят огромный вклад в

повышение качества медицинской помощи и качества жизни пациента. Одним из важнейших условий повышения качества сестринской помощи является разработка оптимальных организационных моделей, определяющих функции, роли и сферы практики медицинских сестер. Улучшение качества медицинской помощи возможно при использовании медсестрами доказательной клинической практики.

В Казахстане за последние пять лет в сестринском деле произошли значительные перемены: внедрено многоуровневое сестринское образование; усилена роль и расширены функциональные обязанности МПСЗ в ПМСП (3 медсестры на врача общей практики); развивается паллиативная и хосписная помощь, медико-социальный патронаж; децентрализация последипломного обучения. Однако при этих достижениях остаются актуальными следующие проблемы: нормативно-правовое обеспечение СД; дефицит кадров; отсутствие научно-доказательной сестринской практики; несовершенная система управления СД.

В Казахстане в настоящее время реализуются все уровни сестринского образования, однако остаются актуальными следующие проблемы: недостаточный уровень подготовки кадров, малый объем специальной подготовки преподавателей СД; отсутствие единства образовательного процесса и интеграции среднего специального, высшего и послевузовского сестринского образования; недостаточность ресурсного обеспечения учреждений образования; несоблюдение принципов индивидуализации и личностной ориентированности повышения квалификации; недостаточное использование современных информационных технологий в обучении и практической деятельности; практическое отсутствие научных исследований и доказательной практики в сестринском деле; проблема профессиональной реализации сестер с высшим образованием.

Реформа сестринского дела в Казахстане касается в основном системы образования медицинских сестер, вместе с тем, отсутствует современная клиническая практика, не проводятся научные исследования в сестринском деле, руководителям сестринского персонала не хватает управленческих навыков и лидерских качеств.

Комплексная характеристика сестринского дела включила анализ нормативно-правового обеспечения, кадрового обеспечения, изучение профессиональных аспектов и социально-демографических характеристик МПСЗ, а также удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи. Нами установлено:

- нормативно-правовое обеспечение сестринского дела в целом, способствует его развитию сестринского дела. Тем не менее, ряд НПА нуждается в совершенствовании;

- анализ кадровых ресурсов показал сохраняющиеся негативные тенденции в обеспечении населения сестринской помощью: недостаток численности сестринского персонала; кадровый дисбаланс, неравномерное обеспечение населения специалистами сестринского дела; феминизация профессии;

- социологический анализ профессиональных аспектов деятельности специалистов сестринского дела подтвердил наличие ряда негативных факторов: высокие нагрузки, неудовлетворительная организация и условия труда, профессиональные риски, низкая мотивация повышения квалификации, недооценка значимости своей профессии и ее роли в здравоохранении; неготовность брать на себя выполнение дополнительных обязанностей.

В современных условиях для реализации мер по совершенствованию сестринского дела и повышения качества сестринской помощи, актуальным является улучшение системы подготовки и непрерывного профессионального развития кадров. В этой связи нами была проведена социологическая оценка системы многоуровневой подготовки сестринских кадров.

Результаты социологического исследования студентов медицинского колледжа выявили:

- необходимость ранней профессиональной ориентации молодежи, способствующей более осознанному выбору профессии;
- низкие показатели готовности к самостоятельной профессиональной деятельности несмотря на хорошую успеваемость и удовлетворенность большинства студентов полученной подготовкой;
- необходимость улучшения процесса формирования практических и коммуникативных навыков у студентов;
- привитие любви к выбранной профессии, пониманию необходимости непрерывного профессионального развития;
- необходимость развития навыков исследовательской работы;
- необходимость изменения восприятия студентами роли медицинского персонала в качестве специалистов, пассивно выполняющих назначения и процедуры;
- необходимость воспитания гуманистических принципов профессии.

По результатам социологического опроса студентов 2-4 курсов КазНМУ специальности «Сестринское дело» установлено:

- ранняя профессиональная ориентация абитуриентов, совершенствование подготовки, необходимость развития у студентов навыков проведения научных исследований являются актуальными проблемами также для медицинского вуза;

- отсутствие возможности реального трудоустройства у большей части выпускников, неопределенность профессиональной деятельности обуславливают актуальность проблемы использования бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении.

Опрос медсестер-руководителей о системе постдипломной подготовки выявил, что респонденты довольно высоко оценили качество занятий и квалификацию преподавателей (4 балла). В меньшей степени руководители сестринских служб удовлетворены используемыми образовательными технологиями (3,1 балла) и оснащенностью аудиторий (3,1 балла). Согласно опросу все респонденты (100%) хотели бы улучшить знания и навыки в области менеджмента, в т.ч. по управлению персоналом, стратегическому планированию, профилактике заболеваний и ЗОЖ.

Проведенное исследование показало, что доминирующими мотивами повышения квалификации медицинских сестер-менеджеров являются познавательные, профессиональные и социальные (повышение профессиональных знаний, сохранение статуса, самореализация). Большинство респондентов предпочитает обучение на рабочем месте, главные доводы в пользу такого выбора – профессиональный опыт, стаж работы. Этот факт также можно объяснить загруженностью руководителей по месту работы и краткосрочность обучения.

Нами описана **система управления сестринским делом** на основе использования методологического подхода «триады Донабедиана».

Проведена сравнительная оценка деятельности сестринских ассоциаций, США, России и Казахстана.

Таким образом, совершенствование системы управления сестринским делом является комплексной проблемой, для решения которой необходимо:

- совершенствование НПА;
- введение должностей главных специалистов по сестринскому делу в МЗ РК, управлениях здравоохранения областей и гг. Астана, Алматы из числа подготовленных, авторитетных медицинских сестер;
- повышение квалификационных требований к должностям руководителей сестринских служб, которое приведет к повышению профессионального уровня руководителей и улучшению управления в МО;
- назначение на должность главной медицинской сестры на конкурсной основе;
- разработка и внедрение профессиональных стандартов к должностям руководителей сестринских служб, а также к новым специальностям с учетом многоуровневой подготовки;
- разработка и внедрение единых стандартов и протоколов сестринского ухода, основанных на доказательной сестринской практике;
- совершенствование подготовки профессиональных менеджеров сестринского дела, развитие навыков руководства и изменение структуры управления на всех уровнях оказания медицинской помощи населению;
- активизация деятельности сестринских общественных ассоциаций.

Для изучения особенностей управленческой деятельности руководителей сестринских служб было проведено тестирование медсестер-руководителей, которое выявило, что управление средним медицинским персоналом не зависит от типа медицинской организации и численности персонала. Несовершенство управленческой деятельности главных и старших медицинских сестер проявляется:

- в отсутствии системного подхода к планированию;
- в недостаточных навыках управления временем;
- в недостаточном использовании эффективных методов контроля;
- в недостаточных навыках разрешения конфликтных ситуаций, принятия управленческих решений, мотивации.

Социологическое исследование медсестер-руководителей позволило выделить актуальные направления совершенствования управления сестринской практикой в МО:

- обучение менеджменту медицинских сестер-руководителей и кадрового резерва;
- дифференцированная оплата труда, учитывающая объемы, качество труда, уровень образования;
- улучшение условий труда (эргономика рабочего места, компьютеризация);
- внедрение новых сестринских технологий;
- внедрение программ профилактики и борьбы с факторами риска, программ оздоровления и реабилитации персонала после болезни/травмы;
- повышение организационной культуры в лечебных организациях;
- обеспечение возможности самореализации и непрерывного профессионального развития;
- разработка мотивационной политики;
- адекватное ресурсное обеспечение;
- сокращение бумажного документооборота за счет введения электронных форм документов;
- нормирование труда на основе хронометража;

Полностью удовлетворены своей управленческой деятельностью 22% главных и 17% старших медсестер; удовлетворены большей частью – 36% главных и 33% старших медсестер. Не удовлетворены 36% главных и 20% старших медсестер.

Установлено, что наиболее значимыми факторами, ограничивающими потенциал и эффективность работы медицинских сестер-руководителей являются:

- недостаточное понимание особенностей управленческого труда;
- слабые навыки решения проблем;
- отсутствие ясности в вопросе о целях личной или деловой жизни;
- недостаточные способности формирования коллектива.

Наше исследование подтвердило результаты более ранних отечественных исследований, что свидетельствует об отсутствии выраженного прогресса в реформировании сестринского дела в системе казахстанского здравоохранения.

При этом отмечается даже ухудшение некоторых показателей. Так, за последнее десятилетие снизилась готовность выпускников медицинских колледжей к осуществлению профессиональной деятельности с 64,4% (К.А.Аяпов, 2002) до 20,2%. Остается неизменным недостаточный уровень управленческих навыков у медсестер-руководителей. Профессиональным сестринским ассоциациям по-прежнему присуща низкая активность. Отсюда следует однозначный вывод о том, что сестринскому делу необходимы срочные реформы при поддержке государства, органов управления, профессиональных общественных объединений, и, несомненно активности самих специалистов сестринского дела.

При анализе концепций развития сестринского дела (СД) установлены их преимущества и недостатки. Общими для концепций ВОЗ и отдельных стран являются следующие направления развития СД:

- 1) руководство СД и персоналом (организационная структура, НПА, решение кадрового дефицита, нормирование сестринского труда, сестринские ассоциации, профессиональный и социальный статус, обеспечение безопасных условий работы персонала, стимулирование труда);
- 2) научно-доказательная практика (стандартизация, технологии, информатизация, расширение сестринской помощи);
- 3) образование и наука.

Все эти направления должны быть нацелены и на решение актуальных проблем общественного здравоохранения и содействовать достижению Целей развития в новом тысячелетии (ПМСП, решение социально-демографических и медико-социальных проблем). Примером составления концепций можно определить *Европейскую стратегию ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок (2000 г.)*, которая включает: обоснование разработки стратегии; цель и задачи; принципы реализации стратегии; отдельное детальное описание реализации задач: мероприятия; достижимые результаты и индикаторы реализации.

Обобщая предлагаемые стратегические направления, выделены общие для всех концепций **принципы/условия реализации концепции** развития СД.

Обобщая предлагаемые стратегические направления можно выделить общие для всех концепций **направления развития сестринской практики**:

- 1) индивидуальная координация сестринской помощи для больничных и учреждений ПМСП;
- 2) профилактика (диагностика факторов риска, определение групп риска, скрининговые программы).
- 3) санитарное просвещение и обучение пациентов и сообществ (школы здоровья);
- 4) уход на дому, дневные стационары;
- 5) новые технологии сестринского ухода (телесестринство, пери оперативный процесс, Occupational nursing practice, технические приспособления для ухода).

Экспертная оценка делегирования части врачебных полномочий медсестрам показала, что серьезные разногласия имели место в оценке роли медицинских сестер в реабилитации и паллиативной помощи, менеджменте боли и создании безопасной больничной среды.

Определена наиболее оптимальная, логичная и содержательная **структура составления концепций**:

- 1) глоссарий терминов и определений;
- 2) анализ текущей ситуации и обоснование разработки стратегии;
- 3) цель и задачи;
- 4) принципы реализации стратегии;

5) отдельное детальное описание реализации задач: мероприятия; сроки реализации; достижимые результаты и индикаторы реализации; необходимые ресурсы;

6) заключение и дополнения (ожидаемые результаты, план мероприятий, ответственные и исполнители и др.).

Анализ текущей ситуации и обоснование разработки стратегии представлен нами в главах 3-5 настоящего исследования. В дополнение нами выделены универсальные направления развития СД:

1) руководство СД и персоналом (организационная структура, НПА, решение кадрового дефицита, нормирование сестринского труда, сестринские ассоциации, профессиональный и социальный статус, обеспечение безопасных условий работы персонала, стимулирование труда);

2) научно-доказательная практика (стандартизация, технологии, информатизация, расширение сестринской помощи)

3) образование и наука.

3. Цель и задачи

Цель: Повышение вклада сестринского дела в обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью, основанной на международных стандартах.

Определены универсальные **принципы реализации концепции** развития СД:

1) нацеленность на решение актуальных проблем ОЗ;

2) эффективное многосекторальное партнёрство и международное сотрудничество;

3) эффективная система управления СД;

4) адекватная нормативно-правовое обеспечение (полнота, соответствие друг другу или согласованность; четкость изложения и измеримость конечных результатов; использование индикативного подхода);

5) эффективная система образования, основанная на компетентностном подходе и мониторинге качества образования (аккредитация, сертификация, аттестация образовательных учреждений и учебных программ);

6) финансирование исследований в области СД;

7) решение вопроса дефицита сестринских кадров и постоянный мониторинг кадровых ресурсов;

8) содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечение их к реформированию сестринского дела.

5. Отдельное детальное описание реализации задач: мероприятия; сроки реализации; достижимые результаты и индикаторы реализации; необходимые ресурсы.

К примеру, при раскрытии поставленной нами задачи №3 «Стандартизация и развитие инновационных технологий сестринской помощи» можно включить определенные в результате исследования актуальные **направления развития сестринской практики:**

1) непрерывная оценка и мониторинг потребностей пациентов, координирование услуг во всём диапазоне оказания медико-социальной и

медико-санитарной помощи, координирование больничной помощи и маршрутизация пациента; доврачебный прием);

2) профилактика;

3) санитарное просвещение и обучение пациентов и сообществ (школы здоровья,

4) уход на дому, дневные стационары;

5) новые технологии сестринского ухода

6. *Заключение и дополнения.*

В данный раздел можно включить ожидаемые результаты:

1) повышение численности МПСЗ, в т.ч. молодых специалистов;

2) повышение профессионального и социального статуса сестринского персонала;

3) увеличение доступности населения к сестринской помощи и повышение удовлетворенности населения ее качеством;

4) повышение качества жизни пациентов, в т.ч. с хроническими заболеваниями, инвалидов, пожилых;

5) создание эффективной системы управления СД;

6) разработка единых стандартов сестринской практики, основанных на доказательной медицине, в т.ч. протоколов и клинических руководств;

7) развитие телесестринства и других инновационных технологий сестринской помощи;

8) укрепление материально-технической базы МО для оказания сестринской помощи;

9) развитие научного потенциала СД;

10) создание интегрированной системы подготовки и непрерывного профессионального образования;

Полученные в ходе исследования результаты позволили сделать следующие **выводы**:

1. Мировая тенденция расширения границ сестринской практики обусловлена политикой сдерживания затрат на здравоохранение и возросшими и меняющимися в соответствии с медико-демографической ситуацией потребностями населения в медицинской помощи и включает четыре основных направления: менеджмент медицинской помощи, профилактическая медицина, самостоятельный прием, хосписная помощь и реабилитация.

2. При анализе структуры СД по критериальной модели ВОЗ установлено отставание в отечественном здравоохранении должности руководителя СД в структуре органов управления здравоохранением, слабое функционирование общественных неправительственных объединений, недостаточность и несовершенство нормативно-правового регулирования СД, слабое расширение границ сестринской практики в системе ВОП, недостатки системы подготовки и непрерывного профессионального развития сестринского персонала (отсутствие интеграции между уровнями образования, проблемы трудоустройства и др.).

3. При анализе структуры СД в Казахстане на основе модели А. Донабедиана установлено, что существующая линейная модель наряду с

преимуществами (простота и быстрая передача приказов) имеет существенные недостатки: консервативность, пассивность персонала, авторитарное руководство. Кроме этого, не выполняется норма управляемости (по А.Файолю), а в НПА не учтена *разница* в полномочиях, ответственности, сфере деятельности и отношениях подчиненности МПСЗ.

4. Анализ динамики кадрового обеспечения сестринского дела в Казахстане выявил тенденцию роста численности МПСЗ с 2001 г., но при этом, в целом, обеспеченность населения кадрами МПСЗ уменьшилась с 123,9 в 1990 г. до 90,3 в 2013 г. (в 1,5 раза), а показатель соотношения численности врачей и МПСЗ уменьшился с 1:3 в 1990 г. до 1:2,3 в 2013 г. При этом, почти половина сестринского персонала имеет квалификационные категории (48,7%), но этот показатель в сельской местности в 2 раза ниже, чем в городах (27,2%).

5. Анализ НПА выявил отсутствие повышения квалификационных требований к должности главной медсестры, неполное соответствие должностных обязанностей выполнению всех управленческих функций и должности руководителей сестринских служб. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточных управленческих навыках медсестер руководителей: только 10% руководителей СД принимают решения самостоятельно в соответствии со своими знаниями и опытом, 65% руководствуются распоряжениями начальства; у 78% медсестер руководителей установлено отсутствие навыков планирования, у 76% - навыков эффективного использования рабочего времени).

6. Высокие нагрузки (61,4%), неудовлетворительная оплата (45% в стационаре и 29,2% в АПО) и условия труда (49,2% и 29,2% соответственно), необходимость работать по совместительству (51%) обуславливают желание МПСЗ оставить работу (65,6%). Соответственно 40% МПСЗ не готовы к принятию части врачебных полномочий.

7. Социологическая оценка готовности студентов медицинского колледжа к профессиональной деятельности выявила, что основными негативными факторами будущей профессии являются: низкая заработная плата (32,4% студентов суза и 50% студентов вуза), низкий престиж профессии в обществе (20% в вузе), высокие физические и психологические нагрузки (22,5%) и различные профессиональные риски (14% и 7,5% соответственно). Полученные результаты объясняют тот факт, что собираются работать по полученной профессии 75,3% выпускников суза и 27% вуза (из них 72,5% в государственных МО). При этом 50% студентов суза и 63% вуза предполагают, что у них возникнут проблемы с трудоустройством. 25% и 35% продолжают свое образование.

Готовы к самостоятельной профессиональной деятельности только 22,2% студентов суза и 48% вуза. 41% студентов суза и 28,5% вуза нуждаются в дополнительной подготовке для совершенствования практических навыков. 36,8% студентов суза и 15% студентов вуза нуждаются в улучшении коммуникативных навыков.

8. Полученные результаты позволили разработать концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела, направленные на

повышение престижа профессии и улучшение социальной поддержки МПСЗ и включающие основные составляющие: совершенствование образования на до- и последипломном уровнях, адекватное нормативно-правовое обеспечение, внедрение современного менеджмента, изменение сестринской практики.

Практические рекомендации:

Для совершенствования сестринского дела в Республике Казахстан необходима разработка государственной политики социальной поддержки специалистов сестринского дела для повышения престижа и уважения к профессии медицинской сестры, которая должна найти отражение в следующей программе развития здравоохранения.

Для улучшения управления в сестринском деле необходимо:

- совершенствование НПА (квалификационных требований и характеристик, четкая регламентация должностных функций);

- введение должностей главных специалистов по сестринскому делу в МЗ РК, управлениях здравоохранения областей и гг. Астана, Алматы из числа подготовленных, авторитетных медицинских сестер;

- повышение квалификационных требований к должностям руководителей сестринских служб, которое приведет к повышению профессионального уровня руководителей и улучшению управления в МО;

- разработка и внедрение профессиональных стандартов к должностям руководителей сестринских служб, а также к новым специальностям с учетом многоуровневой подготовки;

- делегирование части полномочий руководителя сестринской службы медицинским сестрам-менеджерам с четким распределением функциональных обязанностей и ответственности;

- совершенствование подготовки профессиональных менеджеров сестринского дела, развитие навыков руководства и изменение структуры управления на всех уровнях оказания медицинской помощи населению;

- активизация деятельности сестринских общественных ассоциаций.

2. Для улучшения процесса подготовки кадров необходимо:

- ранняя профессиональная ориентация абитуриентов медицинских вузов и вузов;

- совершенствование образовательных стандартов;

- компетентностно-ориентированная подготовка специалистов СД;

- создание системы подготовки преподавателей и наставников по СД;

- улучшение мониторинга качества и аккредитация образовательных учреждений, в т.ч. мест прохождения практики;

- аккредитация учебных программ.

3. Для развития научной основы сестринского дела необходимо:

- интеграция с образованием, практикой и исследованиями в других областях медицины;

- координация и мониторинг сестринских исследований;

- привлечение МПСЗ к проведению научных исследований;

- развитие международного сотрудничества.

4. Для ускорения процесса делегирования части полномочий от врача к медицинским сестрам необходимо дальнейшее совершенствование доказательных профессиональных стандартов, определяющих объем полномочий и ответственности, с перечнем самостоятельно выполняемых манипуляций и назначаемых медикаментов. Соответственно стандартам практики должны быть разработаны и образовательные стандарты. Все стандарты должны включать перечень необходимых компетенций с их расширением и усложнением по уровням подготовки, специальностям и должностям.

5. Для непрерывного улучшения качества и безопасности сестринской помощи необходимо:

- развитие безбумажного документооборота (внедрение электронных форм медицинской и сестринской документации),
- разработка единых национальных стандартов и протоколов сестринского ухода, основанных на доказательной сестринской практике;
- нормирование труда МПСЗ,
- внедрение программ профилактики и борьбы с факторами риска, программ оздоровления и реабилитации персонала;
- повышение организационной культуры в медицинских организациях;
- разработка мотивационной политики;
- дифференцированная оплата труда, учитывающая объемы, качество, уровень образования;
- улучшение условий труда (эргономика рабочего места, компьютеризация);
- внедрение новых сестринских технологий;
- обеспечение возможностей самореализации и непрерывного профессионального развития;
- адекватное ресурсное обеспечение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Brown S., Grimes D. A meta-analysis of nurse practitioners and midwives in primary care // *Nursing research*.-1995.-Vol. 44, № 6. - P.332-339.
- 2 Closkey Mc., Barbara A. at al. Reengineering on Nursing and Patient outcomes // *Medical Care*. - 2003. – Vol. 41, № 9. - P. 1096-1099.
- 3 Richardson G. at al. Skill mix changes: substitution or service development. // *Health policy*. - 1998.-Vol. 45. - P.119-132.
- 4 Butler M., Collins R., Drennan J. Hospital nursing staffing models and patient and staff related outcomes. – 2011. // <http://www.update-software.com>
- 5 Laurant M. at al. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). – 2009. // <http://dhhs.ne.gov/publichealth>
- 6 Laurant M., Reeves D., at al. Substitution of doctors by nurses in primary care. - 2005. // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- 7 Вторая Декларация по сестринскому делу // *Материалы ВОЗ*. – Стокгольм, 1995. – С.12.
- 8 Доклад комитета экспертов ВОЗ: Образование и подготовка преподавателей сестринского дела и организаторов с упором на первичную медико-санитарную помощь // *Серия технических докладов*. - 1984. - № 708. – 126 с.
- 9 Лидеры сестринского дела в действии // *Матер. Второго совещания главных сотрудничающих центров по сестринскому образованию стран Европы*. - Копенгаген, 1991. – 25 с.
- 10 Медсестринская практика // *Доклад комитета экспертов ВОЗ*. – Женева, 1995. – 67 с.
- 11 Павлов Ю.И., Лапик С.В. Современное состояние сестринского дела и роль медсестры-менеджера в оптимизации системы управления сестринской деятельностью // *Главная медицинская сестра*. -2009.-№10.- С.15-27.
- 12 Joyce P. Management and education in nursing: commons goals and interests // *Nursing Management*. - 2012. - №20. - P.4-6.
- 13 Pillay R. The skills Gap in Nursing management in the South African Public Health Sector // *Public Health Nursing*. - 2011.-Vol.28, №2.-P.176-185.
- 14 Аяпов К. Социально-гигиенические и организационные основы развития сестринского дела в Казахстане: автореф. ... док. мед. наук: 14.00.33. - Бишкек, 2002.-38 с.
- 15 Муратбекова С.К. Теоретическое обоснование и организационно-методические основы развития сестринского образования в Республике Казахстан: дис. ... док. мед. наук: 14.00.33. – Астана: РГП НИМЦ, 2008. – 218 с.
- 16 Усебаева Н.Ж. Принципы и технологии координации дополнительного медицинского образования в системе общественного здравоохранения Республики Казахстан: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Алматы, ВШОЗ, 2008. – 32 с.
- 17 Байгожина З.А. Оценка системы постдипломного образования средних медицинских работников и пути ее совершенствования: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Астана: АО «Медицинский университет Астана», 2009.- 168 с.

18 Пягай Н.П. Пути формирования уровней профессиональной компетентности медицинских специалистов среднего звена в условиях реформирования здравоохранения Республики Казахстан: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Астана: ННМЦ, 2008. –138 с.

19 Бурибасва Ж.К. Теоретические и методологические основы развития сестринского дела в Казахстане: автореф. ... док. мед. наук: 14.00.33. - Алматы: ВШОЗ, 2008. -38 с.

20 Токмурзиева Г.Ж. Анализ и прогноз кадровой политики здравоохранения Республики Казахстан на ближне-, средне- и долгосрочную перспективы: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33.– Алма-Ата: МЗ РК и НИЦМЭПЗ, 1997. – 27с.

21 Укрепление сестринских и акушерских служб. Стратегические направления 2002-2008. ВОЗ – Женева, 2002. – 45 с.

22 Singh D. Which Staff Improve Care for People with Long-term Conditions? A Rapid Review of the Literature. – Birmingham: University of Birmingham and NHS Modernization Agency, 2005. – 70 p.

23 Buchan, J., Calman, L. Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. - Paris: OECD, - 2005. - 63 p.

24 Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. Nurse led heart failure clinics in Sweden. // Eur J Heart Fail. - 2011. - Vol. 3. - P.139–144.

25 Nursing in the United Kingdom // <http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing>

26 Фигерас Ж., Макки М. Реформа больниц в новой Европе / пер. с англ.- М.: /Весь мир/, 2002. – 320 с.

27 Horrocks S at al. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors // BMJ. - 2002.-Vol.23, № 324. - P.819–823.

28 Karlberg I. at al. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries. – Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. – 181 p.

29 Nursing in the United States // <http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing>

30 Островская И.В. Роль медсестер в профилактике хронических заболеваний и ведении таких пациентов // Медицинская сестра. - М., 2010.-№3.- С.4-9

31 Chan B.at al. The impact of a team-based intervention on the lifestyle risk factor management practices of community nurses: outcomes of the community nursing SNAP trial // BMC Health Serv. Res. - 2013. -№ 13. - P. 54.

32 Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L. F. Nursing interventions for smoking cessation. – 2013. // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

33 Nicholson A., Smith A. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia-2013. // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

34 Dwamena F. at al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. - 2013 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

35 Macpherson R., Edwards T. R., ChilversR., DavidC., Elliott H. J.Twenty-four hour care for schizophrenia. -2009 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

- 36 Blackberry I. D., John S Furler, James D. Best et al. Effectiveness of general practice based, practice nurse led telephone coaching on glycaemia control of type 2 diabetes: the Patient Engagement And Coaching for Health (PEACH) pragmatic cluster randomised controlled trial // <http://dx.doi.org/10.1136>
- 37 Tan K. Telemedicine for the support of parents of high-risk newborn infants. -2012 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- 38 Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики // Вестник КазНМУ. - 2013. - №1. - С.303-306.
- 39 Мюнхенская декларация: Медицинские сестры и акушерки-важный ресурс здоровья. ВОЗ. – 2000. // <http://www.euro.who.int>
- 40 Nolte E., Mckee M. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиций системы здравоохранения: Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген, 2008. – 249 с.
- 41 WHO Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. – Geneva, WHO. - 2002 // <http://www.who.int>
- 42 Bonomi A. E., Wagner E. Assessment of Chronical illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. // HSR - 2002. - Vol.37, №3. - P.-791-810.
- 43 Zwar N., Harris M., Griffiths R. et al. A Systematic Review of Chronic Disease Management. - Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute, 2006. – 12 p.
- 44 Wagner E.H., Davis et al. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? // Manage Care. -1999. -Vol. 7. - P. 56–66.
- 45 Zhu X.J., Wong F.K. Effects of a nurse-led hypertension management program on patient adherence in the community settings: A randomized controlled trial // EAFONS. – 2012 // <http://www.researchgate.net>
- 46 Kuethe M. C, Vaessen-Verberne A., Elbers R. G., Van Aalderen W. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. - 2013. // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- 47 Chow K. Y., Wong F.K.Y. Health-related quality of life in patients Undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management program // Journal of Advanced Nursing. - 2010. - Vol. 66. - P. 1780-1792.
- 48 Bosworth H.B. Olsen M.K. Self-management intervention to improve hypertension control: the take control of your blood pressure (TCYB) study // JGIM. 32nd Annual Meeting, Florida: USA, 2009 - P. 511–544.
- 49 Boaden R., Dusheiko M., Gravelle H. et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. – 2007. // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- 50 Bullough B. et al. Nursing in the community. The learning needs of nurses experiencing job change // Journal of Continuing Education in Nursing. - 1990. - P. 200-210.

51 O'Brien-Pallas L. Integrating workforce planning, human resources, and service planning// WHO Workshop on Global Health Workforce Strategy. - France, 2000. - P. 9-14.

52 Zwarenstein M., Reeves S., Stras E., Goldman J. Case management: effects on professional practice and health care outcomes. – 2000. // <http://www.nvmo.nl/.../js>

53 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings // International Journal for Quality in Health Care. – 2002. - Vol.14, №1. - P.5-13.

54 Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke at al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospital // New England Journal of Medicine. - 2002.-Vol. 346, №22. - P. 1715-1722.

55 Shields L.at al. Family-centered care for hospitalized children aged 0-12 years. -2012 //<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

56 Сопина З.Е., Фомушкина И.А. Управление качеством сестринской помощи // учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР Медиа, - 2009. – 176 с.

57 Масуд Р. Современная парадигма улучшения качества в здравоохранении. - 2003 //<https://www.usaidassist.org/sites>

58 Kashafutdinova G. at al. Satisfaction by the quality of medical care among elderly residents of Almaty, Kazakhstan: a cross-sectional study // European Journal of Epidemiology. – 2013. - Vol. 28 - P.230.

59 Turdaliyeva B.at al. Are all elderly in Kazakhstan equally satisfied with public healthcare? A cross-sectional study from Almaty // 20th IEA World Congress of Epidemiology //<https://wcc.confex.com/wcc/2014/webprogram/Paper2982.html>

60 Ellis J.R., Hartley C.L. Managing and Coordinating Nursing Care Nursing management // J.B.lippincot Company. – Philadelphia, 1995. – 372 p.

61 Aiken, L.H, Cimiotti J. Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments // Medical Care. - 1997.-Vol.35, №35. - P.62-69.

62 Flodgren G. at. al. Effectiveness of organizational infrastructures to promote evidence-based nursing practice.- 2012 //<https://radar.brookes.ac.uk>

63 Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: учебник. - М., ГЭОТАР-Медиа, 2013. –368 с.

64 Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела: учебное пособие для вузов / под ред. Г.П. Котельникова. - Самара: Перспектива, 2002. – 160 с.

65 Fawcett G. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing models and Theories. - F.A. Davis company, 2005. - 623 p.

66 Стратегия ВОЗ в области сестринского и акушерского образования для Европейского региона: Копенгаген, 2002. – 181 с.

67 Силкина Т.В. Формирование социального статуса медицинской сестры: автореф. ... канд. мед. наук. 14.00.52. – Волгоград: Медицинская академия, 2002. – 32 с.

68 Аканов А.А., Хамзина Н.К., Бурибаева Ж.К. Сестринское дело: теория делегированной компетенции. Астана, 2006. - 34 с.

- 69 Pokorski S., Moraes M. A. et al. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? // <http://dx.doi.org/10.1590>
- 70 Dubois C-A., D'Amour D., et al. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals // *BMC Health Services Research*. – 2012. // <http://www.biomedcentral.com>
- 71 Брасс А.А. Менеджмент: основные понятия, виды, функции. Минск: /Мисанта/, 2002. -208 с.
- 72 Веснин В.В. Менеджмент в вопросах и ответах. Москва: /Элит/, 2002. - 317 с.
- 73 Мескон М.Х., Хедоури А.М. Основы менеджмента: /учебник: /пер. с англ. - 3-е изд. - М.;СПб; Киев: Вильямс, 2012. – 672 с.
- 74 Gillam, S., Schamroth, A. The community oriented primary care experience in the United Kingdom // *American Journal of Public Health*. - 2002. - № 92. - P. 1721–1725.
- 75 Gravelle H., Dusheiko M., Sheaff R. et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data // *BMJ*. - 2007. - Vol.3, №4. - P.31–34.
- 76 Sovic M.D., Jaward A.F. Hospital restructuring and its impact on outcomes: Nursing staff regulations are premature // *JONA*. - 2001. - Vol. 31, №12. - P. 588-600.
- 77 Tung S.Su.H, Lee Y.Wang.H. Improving care consensus in an ICU by using team resource management. - 2012.-EAFONS // <http://www.researchgate.net>
- 78 Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centered care. // *British Journal of Nursing*. -2010.-Vol.19, № 14. - P.912-917.
- 79 Lundy K.S, Janes S. Community Health Nursing. Caring for the Public's Health. USA: Jones and Bartlett Publishers. - 2001. - 1017 p.
- 80 McGillis Hall, Doran Diane et al. Nurse Staffing Models as Predictors of patient outcomes. – 2012 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- 81 Vogus T. The impact of Safety organizing, Trusted Leadership, and Care pathways on Reported medication Errors in Hospital Nursing Units. – 2007 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- 82 White D, Oelke K.D, Besner J, Doran D, McGillis HL, Giovannetti P. Nursing scope of practice: descriptions and challenges // *Nurs. Leadersh.*-2008. - Vol.21, №1. - P.44-57.
- 83 D'Amour D, Dubois C-A, Déry J, Clarke S, Tchouaket E, Blais R, Rivard M. Measuring actual scope of hospital nursing practice: A new tool for nurse managers and researchers // *J Nurs. Adm.* -2012. - Vol. 42, №5. - P.248-255.
- 84 Adams A., Bond S., Hale C.,A. :Nursing organizational practice and its relationship with other features of ward organization and job satisfaction // *J Adv.* -1998. -Vol.27. - P.1212–1222.
- 85 Камынина Н.Н. Научное обоснование и оптимизация подготовки управленческих кадров сестринских служб учреждений здравоохранения. дис. ... док. мед. наук: 14.02.03.М.: ММИ им. И.Сеченова, 2012. - 238 с.
- 86 Aiken L.H., Clarke S. et al. Educational levels of nurses and surgical patient mortality // *JAMA*. - 2003.-Vol. 290, №12. - P. 1617-1623.

87 Zabalegui A. et al. Changes in nursing education in the European Union // Nursing Scholarship. - 2006. - Vol.38, №2. - P.114-118.

88 Robinson S., Griffiths P., Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. King's College London. - 2007 // <http://www.eprints.soton.ac.uk>

89 Медсестры и акушерки в защиту здоровья. Стратегия ВОЗ в области сестринского и акушерского образования для Европейского региона. // Методические рекомендации по реализации Стратегии для государств-членов. - ВОЗ, 2002. - 181с.

90 Аяпов К., Токбергенова Г., Аянова Г. Сестринское образование в современных условиях в Казахстане. - Алматы, 2006. - 104 с.

91 Аяпов К., Токбергенова Г., Аяпова Г. Пути совершенствования сестринского образования в Республике Казахстан. - Алматы, 2003. - 112 с.

92 Сейдуманов С.Т. Формирование новых подходов к подготовке специалистов сестринского дела в Казахстане // Матер. Республиканской научно-практич. конфер: Пути совершенствования сестринского дела в Казахстане. - Алматы, 2013. - С.161-165.

93 Itsuko Akamine, Miyoko Masaki, Eri Nakamori. «Development of competence scale for senior clinical nurses» // Japan Journal of Nursing Science: Japan Academy of Nursing Science. -2012 // <http://www.sciencedirect.com>

94 Regan L.C., Rodriguez L. Nurse Empowerment from a Middle-management perspective: Nurse Managers' and Assistant Nurse Managers' Workplace Empowerment Views // <http://www.thepermanentelournal.org/issues>

95 Clelland V. An articulated model for preparing nursing administrators. // JONA. - 1984. - №14. - P. 23-31.

96 De Back V., Mentkowski M. Does the baccalaureate make a difference? Differentiating nurse performance by education and experience. // Journal of Nursing Education. - 1986. - № 25. - P. 275-285.

97 Price, S.A. Master's programs preparing nursing administrators // Journal of Nursing Administration. - 1984. - Vol.14, №1. - P. 11-17.

98 Бурибасва Ж.К., Кашафутдинова Г.Т. Некоторые аспекты организации и управления сестринской практики: учебное пособие / под ред. Кульжанова М.К. - Алматы, -2003. - 45.с.

99 Хейфец А. С. Основные направления управленческой деятельности главных и старших медицинских сестер по обеспечению трудовой дисциплины среди сестринского персонала ЛПУ // Главная медицинская сестра. - 2002. - № 1. - С. 41 - 46.

100 Хейфец А. С. Основы управленческой деятельности главных медицинских сестер // Главная медицинская сестра. - 2000. - № 4. - С. 32- 36.

101 Хейфец А. С. Основы управленческой деятельности главных медицинских сестер // Главная медицинская сестра. - 2000. - № 6. - С. 22 -25.

103 Малинаускас Р.К. Мотивация студентов разных периодов обучения. - Каунас, - 2005. - 34 с.

104 Банержи А. Медицинская статистика понятным языком. Вводный курс. М.: Практическая медицина, 2007. - 287 с.

- 105 Гржибовский А.М. Анализ номинальных данных // Экология человека. - 2008. - №8. - С.58-68.
- 106 Гржибовский А.М. Доверительные интервалы для частот и долей // Экология человека. -2008. - №5. - С.57-60.
- 107 Гржибовский А.М. Корреляционный анализ // Экология человека. - 2008. -№9. - С. 50-60.
- 108 Ch.Wiskow, Tit Albreht, Carlo de Pietro. How to create attractive and supportive work environment for health professionals. WHO Regional Office for Europe. – 2010. – 40 p.
- 109 Murrells, S. Robinson, P. Griffiths. Is satisfaction a direct predictor of nursing turnover? Modeling the relationship between satisfaction, expressed intention and behavior in a longitudinal cohort study // Human Resources for Health. – 2008 - Vol. 6, № 22. - P.1478-4491.
- 110 Muñoz de Bustillo M. et al. Indicators of job quality in the European Union. Brussels, European Parliament. – 2009 <http://www.europarl.europa.eu>
- 111 Аканов А.А. Первичная медико-санитарная помощь. Анализ ПМСП Казахстана. Алматы, Институт общественного здравоохранения. -2014. - Часть 2. - 112 с.
- 112 Тахтарова Ю.Н. Совершенствование деятельности среднего медицинского персонала (структурно-функциональный анализ): дис. ...канд.мед.наук.14.00.33. -М.: ФГУ ЦНИИ Организации и информатизации Росздрава, - 2007. - 183 с.
- 113 Злобина Г.М. Научное обоснование концептуально-организационных подходов к управлению сестринским делом на уровне региона: автореф. ... док.мед.наук: 14.00.33. - ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», 2012. - 37 с.
- 114 Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Методика анализа удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Методические рекомендации. - Архангельск. -2010.- 50 с.
- 115 Гусаковский М.А., Барченко А.В., Краснова Т.И. Критерии оценки качества современного университетского образования // Матер. междунар. научно-практической конфер. – Минск, - 2007. - С.20-24.
- 116 Sojkin B., Bartkowiak P., Skuza A. Determinants of higher education choices and students satisfaction: the case of Poland // High. Educ.-2011. №63. - P. 565-581.
- 117 Aitken N. D. College student performance, satisfaction, and retention.// Journal of Higher Education. - 1982. - №53. - P.32-35.
- 118 Aldemir C., Gulcan Y., Students satisfaction in higher education: A Turkish case.// Higher Education Management and Policy. - 2004. №16 (2).- P.-109–122.
- 119 Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Канафутдинова Г.Т., Кызасва А., Кобетаева А., Сейдуманов С.Т., Татибекова А.М. Социальный портрет выпускника медицинского колледжа (на примере РМК г.Алматы) // Вестник КазНМУ. -2014.-№2 (4). - С.190-193.

120 Канафутдинова Г.Т., Аимбетова Г.Е., Кызасва А.Д. Социальный портрет студентов КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова // Вестник КазНМУ. -2014.- №2(2) .- С.- 376-378.

121 Непрерывное профессиональное развитие медицинских работников / Методические рекомендации. МЗРК «АО Национальный медицинский холдинг». – Астана, 2012. – 11 с.

122 Аканов А.А., Хамзина Н.К., Чукмаитов А.С. Медицинское образование в США: опыт для Казахстана. – Астана, - 2005. – 100 с.

123 Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Кашафутдинова Г.Т., Павлова А.П. и др. Удовлетворенность руководителей сестринских служб г. Алматы системой повышения квалификации // Вестник КазНМУ. – 2014. - №2(2).- С.- 461-464.

124 Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю., Ауелбекова Ж.Б. Половозрастная характеристика и оценка знаний в области менеджмента руководителей здравоохранения Казахстана // Вестник КазНМУ. – 2013. - №3(1).- С.63-64

125 Вудкок М., Фрэнсис Д. Раскрепощенный менеджер. Для руководителя-практика. - М.: /Дело/, 1991. - 320 с.

126 Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. - Ann Arbor. MI: Health Administration Press, - 1980. -154 p.

127 Павлов Ю.И. Современное состояние сестринского дела и роль медсестры-менеджера в оптимизации системы управления сестринской деятельностью // Главная медицинская сестра. - 2009.- №10. - С. 32-36.

128 Cathcart E.B, Greenspan M, Quin M. The making of a nurse manager: the role of experiential learning in leadership development //Nurs. Manag. -2010. - № 18. - P.440-447.

129 Espinoza D, Lopez-Saldana A, Stonestreet J. The pivotal role of the nurse manager in healthy workplaces: implications for training and development // Crit Care Nurs. - 2009. - Vol.32, №4. – P. 327-334.

130 Hader R. The compensation tumble // Nurs. Manag. - 2010. - Vol.41, №8. - P. 26-31

131 Чен А.Н. Руководитель здравоохранения в Казахстане. Теория, методология и практика обучения / под ред. проф. М.К. Кульжанова. – Алматы, 2001. – 184 с.

132 Резник С.Д., Соколов С.Н., Бондаренко В.В. Персональный менеджмент. Тесты и конкретные ситуации /под ред. проф. С.Д. Резника. - М., ИНФРА М., 2003. – 160 с.

133 Хейфец А. С. Планирование работы главных медицинских сестер и качество сестринской помощи // Главная медицинская сестра. - 1999.- №10.- С. 15-22.

134 Хейфец А. С. Управленческая деятельность главных медицинских сестер больниц по осуществлению контроля за работой сестринского и младшего медицинского персонала // Главная медицинская сестра. -2000. - № 1. - С. 29-31.

- 135 Хейфец А. С. Управленческая деятельность главных медицинских сестер больниц по осуществлению контроля за работой сестринского и младшего медицинского персонала // Главная медицинская сестра. - 2000. - №2.- С. 7 - 17.
- 136 Макклелланд Д. Мотивация человека. - СПб.: Питер, 2007.- 672 с.
- 137 Almalki M.J., FitzGerald G., Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study // Human Resources for Health.- 2012 // <http://www.human-resources-health.com/content>.
- 138 Kashafutdinova G. et al. Working Environment Characteristics in Assessing the Quality of Working Life among the Nursing Managers Almaty city, Kazakhstan // Life science Journal. -2014. Vol.11, №9. - P.232-235. // <http://www.lifesciencesite.com>
- 139 Hansen N., Sverke M., Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey // Nursing Studies.- 2009- Vol. 46, №1.- P.96–107.
- 140 Ларенцова Л. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. - М.: Медицинская книга, 2009. – 144 с.
- 141 Kleinman C.S. Leadership roles, competencies, and education: how prepared are our nurse managers? // Nurs. Adm. 2003. - Vol.33, №9. - P.451-455.
- 142 Kay L. Chase Nurse Manager competencies. University of Iowa.-2010 // <http://ir.uiowa.edu/etd/2681>
- 143 Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2011-2015 годы // <http://www.who.int>
- 144 Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2002-2008 годы // <http://www.who.int>
- 145 Европейская стратегия ВОЗ по обучению медсестер и акушерок (2000 год) // <http://www.euro.who.int>
- 146 Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы // <http://www.hospitalvv.ru>
- 147 Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2009-2014 годы // <http://www.bsmc.by/data>
- 148 Концепция развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года // Матер. Республ. научно-практ. конфер.: Роль сестринской службы в развитии ПМСП. – Астана, 2014.
- 149 Mc.Sherry et al. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care/ / J. of Nursing Management – 2012. - №20. P.7-19.
- 150 Perrotto A, Grossman MB. Ten ways to the top. // Nurs Manage. - 2010. - Vol.41, №4. – P.28-32.
- 151 Simpson J. Why healthcare systems need medical managers.// BMJ. - 1997. - Vol. 314, №7. – P.163-166
- 152 Kirby KK. Are your nurse managers ready for health care reform? Consider the 8 'Es.' // Nurs Econ. - 2010. – Vol. 28, № 3. – P.208-211.

153 Pain management. Nursing Role. Core Competency. A Guide for Nurses
[//http:// www.mbon.org](http://www.mbon.org)

154 Brueckner T., Shumacher M. Palliative care for older people – exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany // *Palliative Care.*-2009.

155 Vejlgard T., Addington-Hall J. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. // *Palliat Med.* - 2005. – №19. – P. 119-127.

156 Rosemann T., Joest K., Körner T., Schaefer R., Heiderhoff. M., Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. // *BMC Fam Pract.* – 2006. - №7. - P. 7-14.

157 Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative care: The World Health Organization's Global Perspective. // *J Pain Symptom Manage.* – 2002 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

158 Meijler WJ, Van Heest F, Otter R, Sleijfer D.T: Educational needs of general practitioners in palliative care: outcome of a focus group study. // *J Cancer Educ.* – 2005. – Vol.20, №1. – P.28-33.

159 Groot M.M, Vernooij-Dassen M.J., Crul B.J., Grol R.P. General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. // *Palliat. Med.* – 2005. – Vol.19, №2. - P.111-118.

160 O'Connor M, Lee-Steere R: General practitioners' attitudes to palliative care: A Western Australian rural perspective. // *J Palliat Med.* – 2006. –Vol. 9, №6.- P.-1271-1281.

161 Hearn J, Higginson IJ: Do specialist palliative care teams improve outcome for cancer patients? A systematic literature review. // *Palliat Med.* – 1998. - № 12. – P.17-32.

162 Brumley R., Enguidanos S., Cherin D.A. Effectiveness of home-based care program for end of life. // *J Palliat Med.* - 2003. - №6. –P. 715-724.

163 Brumley R., Enguidanos S., Jamison P., Seitz R., Morgenstern N., Saito S., McLane J., Hillary K., Gonzalez J. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. // *J Am Geriatr. Soc.* – 2007. – Vol. 55, № 7. – P.993-1000.

164 Enguidanos S.M., Cherin D., Brumley R. Home-based palliative care study: site of death and costs of medical care for patients with congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. // *J Soc Work End Life Palliat Care.* – 2005. –Vol. 1, № 3. –P.37-56.

165 Glaus A. Quality of life - a measure of the quality of nursing care? *Support Care Cancer.* -1993. - №1. -P. 19-123.

166 Frich I. M. Nursing interventions for patients with chronic conditions. // *AdvNurs.* -2003. - Vol.41, № 1. –P. 34-43 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

167 Larsson I., Fridlund B., Arvidsson B., Telcman A., Bergman S. Randomized controlled trial of a nurse-led rheumatology clinic for monitoring biological therapy // *Journal of Advanced Nursing.* -2013. - Vol. 70, № 1. - P. 164-175.

- 168 Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs // JAMA. – 1996. - № 276.- P.1473-1479.
- 169 Fishman P., Von Korff M., Lozano P. et al. Chronic care costs in managed care. Health Aff (Millwood). – 1997. - № 16. – P.239-247.
- 170 Von Korff M., Gruman J., Schaefer J. et al. Collaborative management of chronic illness. // Ann. Intern. Med. – 1997. - №127. –P.1097-1102.
- 171 Lorig K. Self-management of chronic illness: a model for the future. Generations. – 1993 //http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- 172 Матвейчик Т.В., Белодид И.К., Романовский А.А. Методологические основы «Школы сахарного диабета» (для организаторов сестринского дела). – Минск, 2010. – 169 с.
- 173 Осетрова Т. В. Задачи медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе. // Медицинская сестра. - 2010. - № 6. - С. 18-20.
- 174 Mazer S.E. Ways to improve patient Safety: How the Environment plays a Critical Role // http:// www.healinghealth.com

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Авторлық құқық объектісіне құқықтарды
емлекеттік тіркеу туралы

КУӘЛІК

№ 4755 17 қыркүйек 2014 ж.

Қазақстан Республикасы Өділет министрлігінің
Зияткерлік меншік құқығы комитетінде автордың
өтініші бойынша авторы **Гульжахан Темірбулатовна
Кашафутдинова** болып табылатын авторлық құқықпен
қорғалатын объектіге айрықша мүліктік құқықтар
«Карта экспертной оценки (стационар, ПМСП)»
(ғылыми туынды) атауымен тіркелгені
қуалаңдырылады.

Автордың өтініші бойынша авторлық құқықпен
қорғалатын объектіге айрықша мүліктік құқықтар және
2014 жылғы 7 шілдеде жасалған объекті
Г.Т. Кашафутдиноваға тиесілі және автор жоғарыда
көрсетілген объектіні жасаған кезде басқа адамдардың
зияткерлік меншік құқығы бұзылмағандығына кепілдік
береді.

Тізілімде 2014 жылғы 17 қыркүйекте жасалған
№ 4755 жаңба бар.

Төраға  А. Есгаев



КУӘЛІК

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации прав
на объект авторского права

№ 4755 17 сентября 2014 г.

Настоящим удостоверяется, что в Комитете по
правам интеллектуальной собственности Министерства
юстиции Республики Казахстан зарегистрированы
исключительные имущественные права на объект
авторского права под названием «Карта экспертной
оценки (стационар, ПМСП)» (научное произведение),
автором которого по заявлению автора является
Кашафутдинова Гульжахан Темірбулатовна.

По заявлению автора исключительные
имущественные права на объект авторского права,
созданный 7 июля 2014 года принадлежит
Кашафутдиновой Г.Т. и автор гарантирует, что при
создании вышеуказанного объекта не были нарушены
права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре № 4755 от 17 сентября
2014 года имеется.

Председатель  А. Есгаев



СВИДЕТЕЛЬСТВО

ис 0013099

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

АНКЕТА РУКОВОДИТЕЛЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Уважаемый респондент!

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова изучает особенности деятельности руководителей сестринских служб в целях улучшения управления сестринской деятельностью и качества сестринской помощи. Мы гарантируем анонимность Ваших ответов. Ваше мнение представляет особую ценность для нас, т.к. будет учтено для улучшения системы подготовки менеджеров сестринского дела.

1. Укажите Ваш пол	1.1 мужской 1.2 женский
2. Укажите Ваш возраст (полных лет)	_____
3. Укажите Ваше семейное положение	3.1 замужем/женат 3.2 не замужем/не женат
4. Образование	4.1 среднее специальное (мед.училище) 4.2 среднее специальное (мед.колледж) 4.3 высшее сестринское
5. Укажите Вашу специальность по диплому	5.1 медсестра общей практики 5.2 фельдшер 5.3 акушерка 5.4 медсестра-менеджер 5.5 другая (укажите)
6. Укажите Ваш общий медицинский стаж (полных лет)	_____
7. Укажите занимаемую должность	7.1 старшая медсестра 7.2 главная медсестра 7.3 зам.гл.врача по сестринскому делу 7.4 медсестра - менеджер 7.5 другая (укажите)
8. Укажите стаж в занимаемой должности (полных лет)	_____
9. Имеете ли Вы квалификационную категорию?	9.1 да 9.2 нет
10. Если имеете квалификационную категорию, то какую?	10.1 высшая 10.2 первая 10.3 вторая
11. Оцените свой уровень здоровья в настоящее время	11.1 - хорошее 11.2 - удовлетворительное 11.3-плохое (страдаю хроническими заболеваниями)
. При ответах на следующие вопросы, оцените свои навыки и умения по 5-ти балльной шкале:	
12. Я способна управлять собой	12.1 - полностью согласна 12.2- согласна 12.3- затрудняюсь ответить 12.4- не согласна 12.5- полностью не согласна
13. Я заинтересована в повышении своего потенциала и готова к обучению	13.1 – полностью согласна 13.2- согласна 13.3- затрудняюсь ответить 13.4- не согласна 13.5- полностью не согласна
14. Я имею влияние на окружающих	14.1 - полностью согласна 14.2- согласна 14.3- затрудняюсь ответить 14.4- не согласна 14.5- полностью не согласна
15. Я коммуникабельна, терпима к подчиненным и заинтересована в качестве их работы	15.1 – полностью согласна 15.2- согласна 15.3- затрудняюсь ответить 15.4- не согласна 15.5- полностью не согласна
16. У меня четкие личные ценности и установки	16.1 - полностью согласна 16.2- согласна 16.3- затрудняюсь ответить 16.4- не согласна 16.5- полностью не согласна

17. У меня есть навыки решения проблем	17.1 - полностью согласна 17.2- согласна 17.3- затрудняюсь ответить 17.4- не согласна 17.5- полностью не согласна
18. Я понимаю особенности управленческого труда	18.1 – полностью согласна 18.2- согласна 18.3- затрудняюсь ответить 18.4- не согласна 18.5- полностью не согласна
19. Я умею руководить людьми	19.1 – полностью согласна 19.2- согласна 19.3- затрудняюсь ответить 19.4- не согласна 19.5- полностью не согласна
20. У меня есть навыки обучения других	20.1 - полностью согласна 20.2- согласна 20.3- затрудняюсь ответить 20.4- не согласна 20.5- полностью не согласна
21. Я беру на себя ответственность и отвечаю за свои поступки	21.1 – полностью согласна 21.2- согласна 21.3- затрудняюсь ответить 21.4- не согласна 21.5- полностью не согласна
22. Я могу наладить групповую работу	22.1 - полностью согласна 22.2- согласна 22.3- затрудняюсь ответить 22.4- не согласна 22.5- полностью не согласна
23. Я привержена здоровому образу жизни	23.1 – полностью согласна 23.2- согласна 23.3- затрудняюсь ответить 23.4- не согласна 23.5- полностью не согласна
24. Укажите какими личными качествами по-Вашему, должен обладать руководитель сестринской службы? Поставьте баллы от 1 до 5, принимая за 1-самое важное, а за 5-наименее важное	24.1- честность 24.2- требовательность 24.3- справедливость 24.4- умение слушать 24.5- тактичность 24.6 - другое
25. Какие взаимоотношения между главной медсестрой и главврачом преобладают в Вашей организации?	25.1- гл.медсестра выполняет распоряжения главврача 25.2 – гл.медсестра самостоятельно принимает решения в рамках своей компетенции 25.3- гл.медсестра и главврач принимают коллегиальные решения
26. Удовлетворены ли Вы результатами работы своих подчиненных?	26.1- полностью удовлетворена 26.2- удовлетворена 26.3 - затрудняюсь ответить 26.4 – не удовлетворена 26.5 - полностью не удовлетворена
27. Какие полномочия Вы обычно делегируете своим подчиненным?	2871- выполнение рутинной работы 27.2- составление отчетов и документов 27.3- стараюсь все делать сама
28. Что побуждает Вас повышать квалификацию? Выберите один ответ	28.1- мне это нужно для саморазвития 28.2- профессиональный долг 28.3- растущие требования к качеству медицинской помощи 28.4- требования со стороны руководства 28.5- подготовка к аттестации
29. Проходили ли Вы обучение менеджменту в сестринском деле в 2008-2012гг.?	29.1- да 29.2- нет
30. Если не проходили, то укажите причину	30.1- загруженность на работе 30.2- финансовые проблемы 30.3- отсутствие нужных циклов 30.4- семейные проблемы 30.5- другие (укажите)

31. Удовлетворены ли вы своей квалификацией в области менеджмента?	31.1-полностью удовлетворена 31.2- удовлетворена 31.3 –затрудняюсь ответить 31.4 не удовлетворена 31.5 полностью не удовлетворена
32. В какой области менеджмента Вы бы хотели улучшить свои знания и навыки?	32.1-лидерство 32.2- управление персоналом 32.3- управление качеством сестринской помощи 32.4- профилактика и ЗОЖ 32.5- другое (укажите)
33. С какой периодичностью следует проводить повышение квалификации специалистов?	33.1- один раз в три года 33.2-один раз в пять лет 33.3 обучение д.б. непрерывным
34. Выберите одну, самую приемлемую для Вас форму повышения квалификации	34.1- обучение на рабочем месте (тренинги, мастер-классы) 34.2- внешние семинары/циклы с отрывом от работы 34.3 дистанционное обучение
35. Занимаетесь ли Вы профессиональным самообразованием?	35.1- да 35.2 - нет 35.3- время от времени
36. Если нет, то укажите мешающую причину	36.1- мне хватает имеющихся знаний 36.2- мешают бытовые проблемы 36.3- загруженность на работе 36.4- другое (укажите)
37. Кто, как правило, оплачивает Вам повышение квалификации?	37.1- медицинская организация 37.2- оплачиваю сам (а)
38. По какому принципу Вы выбираете образовательное учреждение? Выберите один ответ	38.1 – качество преподавания 38.2- близость к месту жительства 38.3 – направляет и решает администрация
<i>Оцените качество образовательного процесса в учреждениях повышения квалификации по 5-ти балльной шкале (1-самый низкий, 5-самый высокий):</i>	
39.оснащение аудиторий	_____ баллов
40.качество преподавания	_____ баллов
41.качество и содержание учебных программ	_____ баллов
42.образовательные технологии (интерактивное обучение, ролевые игры, ситуационные задачи и пр.)	_____ баллов
43. Возникало ли у Вас в течение последнего года желание оставить работу?	43.1- да, часто 43.2- да, иногда 43.3- нет, не возникало
44. С какими профессиональными рисками Вы чаще всего сталкиваетесь на работе? Выберите один ответ	44.1- биологические 44.2- химические 44.3- эргономические 44.4 –ионизирующее излучение 44.5-психосоциальные
45. Обеспечивает ли Ваша медицинская организация безопасность рабочей среды (профилактика факторов риска, средства защиты)	45.1- да, полностью 45.2 –да, в большей степени 45.3- затрудняюсь ответить 45.4- не обеспечивает 45.5 – полностью не обеспечивает
46. Как бы Вы охарактеризовали морально-психологический климат в Вашей организации/отделении	46.1-очень хороший 46.2- удовлетворительный 46.3-плохой 46.4- очень плохой
47. Обеспечены ли Вы нормативными документами (приказы, инструкции) по сестринскому делу?	47.1 да, в полном объеме 47.2- частично 47.3-не обеспечены
48. Получаете ли Вы нормативную документацию своевременно?	48.1- да, всегда 48.2 –не всегда 48.3-нет
49. Обеспечены ли медсестры Вашей организации/отделения стандартами/алгоритмами сестринских манипуляций	49.1 –да, в полном объеме 49.2- частично 49.3-не обеспечены
50. Удовлетворены ли вы условиями труда в своей организации?	50.1- да, полностью 50.2 –да, в большей степени 50.3- затрудняюсь ответить 50.4- нет 50.5 –абсолютно нет

51. Удовлетворены ли вы оплатой труда в своей организации?	50.1- да, полностью 50.2 –да, в большей степени 50.3- затрудняюсь ответить 50.4- нет 50.5 абсолютно нет
52. Какие факторы рабочей среды имеют для Вас наибольшее и наименьшее значение по 5-ти балльной шкале?	51.1- заработная плата ___ 51.2- условия труда 51.3- условия труда 51.4- уважение и престиж профессии 51.5 –взаимоотношения в коллективе 51.6 – организационная культура (компетентное руководство, доверие и т.п.)
53. Согласны ли Вы, что от условий труда во многом зависит качество сестринской помощи?	52.1- да, полностью 52.2 да, в большей степени 52.3- затрудняюсь ответить 52.4- не согласна 52.5 – полностью не согласна
54. Какие инновации в сестринском деле были внедрены в Вашей организации за последний год?	53.1-открытие кабинетов непрерывного обучения 53.2 – новые сестринские манипуляции 53.3 –новые формы сестринской документации 53.4 никаких инноваций не было 53.5 другое (укажите)
Какой, по Вашему мнению, должна быть оптимальная нагрузка на медсестру?	
55. палатную сестру в соматическом отделении стационара	54.1- до 15 пациентов в смену 54.2- 20 пациентов в смену 54.3 – более 20 пациентов в смену
56. На участковую сестру в поликлинике	55.1 – 2 тыс. населения 55.2 от 1,5 тыс- до 2 тыс. населения
57. На сестру общеврачебной практики	56.1- от 1 тыс. До 1,5 тыс.чел. 56.2-700-800 человек
58. Какова реальная нагрузка на сестер в Вашей организации? Укажите	_____
59. Удовлетворены ли Вы качеством подготовки молодых специалистов сестринского дела?	58.1-полностью удовлетворена 58.2- удовлетворена 58.3 затрудняюсь ответить 58.4 не удовлетворена 58.5 полностью не удовлетворена
60. .Каких знаний и навыков по Вашему мнению, не хватает выпускникам медколледжей?	59.1- навыков манипуляций 59.2- навыков коммуникаций 59.3-навыков обучения пациентов 59.4- другое (укажите)___ +
61. Соблюдаются ли медсестрами Вашей организации этические нормы и принципы деонтологии? права пациентов (конфиденциальность информации, уважение достоинства и т.д.)?	60.1- да, полностью 60.2-скорее, соблюдаются 60.3- затрудняюсь ответить 60.4- не соблюдаются 60.5-полностью не соблюдаются
62. Есть ли в вашей организации должность медсестры-менеджера?	62.2-да 62.2-нет
63. Если нет, то видите ли вы рабочие места для выпускников с высшим сестринским образованием (медсестер-менеджеров)?	63.1- да 63.2- нет 63.3-затрудняюсь ответить
64. Кем Вы видите медсестру в своей организации? Выберите один ответ	64.1- помощник врача 64.2- специалист по выполнению манипуляций 64.3- равноправный партнер врача
65. Как Вы относитесь к открытию отделений/палат сестринского ухода в своей организации	65.1 положительно 65.2- отрицательно 65.3- затрудняюсь ответить
66. Как Вы относитесь к участию медсестер в научных исследованиях по СД?	66.1- положительно 66.2-отрицательно 66.3- затрудняюсь ответить

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета для медицинских сестер

Уважаемый респондент!

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова проводит опрос медицинских сестер в целях изучения особенностей производственной деятельности и удовлетворенности медицинских сестер условиями труда. Мы приглашаем Вас к участию в данном исследовании. Участие в исследовании является добровольным. Мы гарантируем анонимность Ваших ответов. Ваше мнение представляет для нас особую ценность, так как будет учтено при разработке соответствующих мер по повышению качества сестринского ухода.

1. Укажите место жительства	1.1 - город 1.2 - область
2. Укажите свой пол	2.1 мужской 2.2 женский
3. Укажите свой возраст (полных лет)	_____
4. Семейное положение:	4.1 - замужем 4.2 - не замужем
5. Есть ли у Вас дети до 3-х лет	5.1. да 5.2. нет
6. Образование:	6.1 медицинское училище 6.2 медицинский колледж 6.3 высшее сестринское образование 6.4 дополнительное (какое)
7. Укажите специальность по диплому	7.1 сестринское дело 7.2 лечебное дело 7.3 акушерское дело 7.4 другая
8. Укажите место работы	8.1 поликлиника 8.2 стационар
9. Укажите Вашу должность	9.1-палатная 9.2-процедурная 9.3- операционная 9.4 участковая 9.5 медсестра ВОП 9.4-другая (укажите)
10. Ваш стаж медицинский (полных лет)	_____
11. Имеете ли Вы квалификационную категорию?	11.1- высшая категория 11.2-превая категория 11.3-вторая категория 11.4 нет категории
12. Укажите свою нагрузку за смену	12.1. до 15 пациентов 12.2 от 15 до 20 пациентов 12.3 больше 20 пациентов
13. Оцените, сколько времени (мин., час.) отнимают следующие виды деятельности за смену:	13.1 - выполнение врачебных назначений ____ 13.2 - перемещения по клинике (ЦСО, регистр., др. отделения) ____ 13.3 - «вигиминутки» ____ 13.4 - работа с документацией ____ 13.5- сопровождение пациентов ____ 13.6 - подготовка пациентов к исследованиям 13.7- работа с поступившими пациентами 13.7 профилактическая работа 13.8 - уборка, дезинфекция, стерилизация и пр.
14. Сколько времени занимает общение с пациентами (родителями)	14.1 - менее 30 мин 14.2 - 30-40 мин 14.3- более 40 мин

15.Остается ли у Вас время для перерыва в работе?	15.1- да 15.2 - нет 15.3 - не всегда
16.Обеспечены ли вы техническими стандартами (алгоритмами) выполнения манипуляций?	16.1 - да, полностью 16.2 - да, частично 16.3- нет
17.Оцените свою удовлетворенность трудом	17.1 полностью удовлетворена 17.2 скорее удовлетворена 17.3 затрудняюсь ответить 17.4 не удовлетворена 17.5 полностью не удовлетворена
18.Какие факторы для Вас имеют наибольшее значение в удовлетворенности трудом (выберите по значимости, где 1-самый важный)	18.1- оплата труда 18.2- условия труда 18.3 - взаимоотношения с коллегами 18.4 - возможность повышения квалификации 18.5 - другие (укажите)
19.Как бы Вы оценили уровень материального благополучия своей семьи	19.1 - ниже среднего 19.2 - средний 19.3- выше среднего
20. Укажите, с какими профессиональными рисками Вы чаще всего сталкиваетесь?	20.1- биологические (инфекции из-за укусов, порезов и пр.) 20.2 - химические (дет. средства, лекарственные препараты) 20.3- ионизирующее излучение 20.4 - эргономические (травмы из-за поднятия тяжестей, длительное стояние или ходьба) 20.5 - психосоциальные (ночная работа, высокие нагрузки, стрессы и пр.)
21. Обеспечивает ли Ваша организация безопасность рабочей среды (профилактика и выявление факторов риска, минимизация риска и предоставление средств защиты - защитные маски, очки и пр.)?	21.1 - полностью обеспечивает 21.2- скорее обеспечивает 21.3 - затрудняюсь ответить 21.4- не полностью; 21.5 - не обеспечивает
22.Соответствует ли Ваша работа функциональным обязанностям?	22.1 да, полностью 22.2 частично 22.3 не соответствует
23.Укажите причины неполного соответствия выполняемой работы функциональным обязанностям	23.1. -приходится выполнять обязанности младшего медицинского персонала 23.2 -иногда выполняю обязанности других сестер 23.3 -другое (укажите)
24. Работаете ли Вы по совместительству?	24.1 - да, работаю на 1,5 ставки по специальности 24.2 - работаю на 1,25 ставки по специальности 24.3 - совмещаю не по специальности 24.4- не совмещаю
25.Удовлетворены ли вы условиями труда в Вашей организации?	25.1 да, полностью 25.2 скорее удовлетворена 25.3 затрудняюсь ответить 25.4 не удовлетворена 25.5 полностью не удовлетворена
26. Какие факторы рабочей среды имеют для Вас наибольшее и наименьшее значение по 5-ти балльной шкале?	26.1-заработная плата ____ 26.2-условия труда ____ 26.3-условия труда ____ 26.4-уважение и престиж профессии 26.5 -взаимоотношения в коллективе 26.6 -организационная культура (компетентное руководство, доверие и т.п.)
27.Какие изменения в сестринском деле произошли в Вашей организации?	27.1- внедрение новых видов сестр. документации 27.2 разработка новых технологий, алгоритмов выполнения сестринских манипуляций 27.3-организация школ пациента 27.4- другое (укажите) _____ 2 27.5 никаких инноваций не было

28. Соблюдаются ли в Вашей организации этические нормы и принципы деонтологии?	28.1- да, полностью соблюдаются 28.2-скорее соблюдаются 28.3-затрудняюсь ответить 29.4-не соблюдаются 29.5-абсолютно не соблюдаются
29. Соблюдаются ли в Вашей организации права пациентов (качественный уход, конфиденциальность, информированное согласие, уважение достоинства и пр.)?	29.1- полностью соблюдаются 29.2 скорее соблюдаются 29.3-затрудняюсь ответить 29.4-не соблюдаются 29.5-абсол. не соблюдаются
30. Кем Вы видите медицинскую сестру в своей организации? Выберите один ответ	30.1 помощник врача 30.2.специалист по выполнению манипуляций 30.3равноправный партнер врача
31. Повышали ли Вы свою квалификацию за последние пять лет?	31.1 да 31.2 нет 31.3 нет, потому что не позволяет стаж работы 30.4 нет, укажите причину
32. С какой периодичностью следует повышать свою квалификацию?	32.1 раз в пять лет 32.2 раз в три года 32.3 обучение д.б. непрерывным
33. Как Вы повышаете свою квалификацию	33.1 курсы усовершенствования 33.2 самостоятельное чтение медицинской литературы 33.3 участие в конференциях 33.4 другое (укажите)
35. Владете ли Вы смежной специальностью?	35.1 если да, какой. (укажите) 35.2 нет
36. Возникало ли у Вас в течение последнего года желание уйти с работы?	36.1 да, часто 36.2 да, иногда 36.3 нет
37. Обеспечивает ли медицинский колледж уровень подготовки, позволяющей выпускниками сразу работать самостоятельно?	37.1, полностью 37.2да, частично 37.3не обеспечивает
38. Профессия медицинской сестры для Вас это:	38.1 престижная, уважаемая профессия 38.2 мое призвание 38.3 возможность сделать профессиональную карьеру 38.4 привычная работа 38.5 возможность оказывать помощь близким и родным 38.6 другое (укажите)
39. Как Вы относитесь к передаче части врачебных полномочий медсестрам (самостоятельный прием пациентов, обучение и консультирование пациентов, ушивание ран, инъекции и пр.)?	39.1 согласна, это способствует признанию сестринской профессии 39.2 не согласна, меня устраивает существующий объем работы 39.3 затрудняюсь ответить
40. Состоите ли Вы в профессиональной медсестринской ассоциации	40.1 да 40.2 если нет, почему (укажите причину)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анкета для студентов 3 курса РМК

Уважаемый респондент!

Казахский Национальный медицинский университет проводит исследование удовлетворенности студентов медицинского колледжа полученными знаниями и степени готовности будущих специалистов к самостоятельной профессиональной деятельности. Просим Вас ответить на вопросы анкеты

1. Укажите Ваш пол	1.1 мужской 1.2 женский
2. Укажите Ваш возраст (полных лет)	_____
3. Укажите место жительства	3.1 – город 3.2 - село
4. Укажите свое семейное положение	4.1 -замужем (женат) 4.2 не замужем (не женат)
5. Есть ли у Вас дети?	5.1 да 5.2 нет
6. Ваша специальность по диплому	6.1 сестринское дело 6.3 акушерское дело 6.2 лечебное дело 6.4 другая
7. На каком отделении Вы учились?	7.1 платное 7.2 бюджетное
8. Какой была Ваша успеваемость во время учебы	8.1 больше пятярок 8.2 больше четверок 8.3 в основном, «удовлетворительно»
9. Укажите главную причину, по которой Вы поступили в медицинский колледж:	9.1 желание родителей 9.2 нравится будущая профессия 9.3 потому что в семье есть медработники 9.4 не поступил в мед. университет 9.5 другое (напишите) 9.6 затрудняюсь ответить
10. Чем привлекает будущая профессия (один или несколько ответов)	10.1 нравится возвращать людям здоровье 10.2 возможностью получить медицинские знания 10.3 легко найти работу по специальности 10.4 ничем, разочарован в профессии 10.5 другое (укажите)
11. Какие негативные стороны будущей профессии можете отметить (один или несколько ответов)	11.1 высокие нагрузки (физические, психологические) 11.2 низкая зарплата 11.3 непрестижность профессии в обществе 11.4 много бумажной работы 11.5 профессиональные риски (опасность заражения, травмы и пр.) 11.6 другое (укажите) _____ 11.7 негативных сторон нет
12. Оцените уровень полученных во время учебы теоретических знаний:	12.1 отличный 12.2 хороший 12.3 удовлетворительный 12.4 неудовлетворительный 12.5 затрудняюсь ответить
13. Достаточно ли Вам практических знаний, полученным во время учебы?	13.1 да, полностью 13.2 да, большей частью 13.3 не совсем 13.4 недостаточно

14. Достаточно ли Вам знаний по правовым вопросам (нормативно-правовые акты), полученных во время учебы?	14.1 да, полностью 14.2 да, большей частью 14.3 не совсем 14.4 недостаточно
15. Возникают ли у Вас трудности при общении с пациентами, их родственниками, врачами, преподавателями?	15.1 да, очень часто 15.2 да, время от времени 15.3 очень редко 15.4 не возникает
18. Оцените свой уровень владения иностранным языком (каким?-----)	18.1 начинающий уровень 18.2 средний 18.3 выше среднего 18.4 свободное владение 18.5 не владею
19. Удовлетворены ли Вы качеством лекционных занятий?	19.1 да, полностью 19.2 да, большей частью 19.3 не совсем 19.4 нет (укажите причину)
20. Удовлетворены ли Вы качеством практических занятий?	20.1 да, полностью 20.2 да, большей частью 20.3 не совсем 20.4 нет (укажите причину)
21. Устраивает ли Вас система оценки знаний?	21.1 да, полностью 21.2 да, большей частью 21.3 не совсем 21.4 нет (укажите причину)
22. Испытывали ли Вы недостаток в наглядных пособиях, муляжах, компьютерах и пр. в процессе учебы в колледже?	22.1 да, очень часто 22.2 да, время от времени 22.3 очень редко 22.4 нет
23. Устраивает ли Вас организация учебного процесса (расписание занятий, клинические базы и пр.)	23.1 да, полностью 23.2 да, большей частью 23.3 не совсем 23.4 нет (укажите причину)
24. Оцените свою готовность к самостоятельной практической деятельности	24.1 полностью готов (а) 24.2 нуждаюсь в улучшении практических навыков 24.3 нуждаюсь в улучшении знаний 24.4 нуждаюсь в улучшении коммуникативных навыков
25. Собираетесь ли Вы работать по специальности после окончания колледжа?	25.1 да 25.2 нет 25.3 еще не знаю
26. Если Вы собираетесь работать по специальности, то где?	26.1 в городской мед. организации 26.2 в сельской мед. организации 26.3 скорее нет, чем да 26.4 нет
27. Как Вы думаете, будут ли у Вас проблемы с трудоустройством после окончания учебы?	27.1 да 27.2 скорее да, чем нет 27.3 скорее нет, чем да
28. Если Вы не собираетесь работать по специальности, пригодятся ли Вам в жизни ваши знания:	28.1 Да, в семейной жизни 28.2 Да, я научилась состраданию и пониманию 28.3 Да, я приобрела много навыков (аккуратность, дисциплина, общение и др.) 28.4 Нет, не пригодятся 28.5 Затрудняюсь ответить
29. Какова современная роль медицинской сестры (акушерки) в здравоохранении (напишите)	

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Анкета для студентов КазНМУ, специальность «Сестринское дело»

Уважаемый респондент!

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова проводит изучение удовлетворенности студентов полученными знаниями и степени готовности будущих специалистов к самостоятельной профессиональной деятельности. Просим Вас ответить на вопросы анкеты

1. Укажите Ваш пол	1.1 мужской 1.2 женский
2. Укажите Ваш возраст (полных лет)	_____
3. Укажите свое место жительства	3.1 город 3.2 село
4. Укажите свое семейное положение	4.1 замужем (женат) 4.2 не замужем (не женат)
5. Есть ли у Вас дети?	5.1 да 5.2 нет
6. Ваша специальность по диплому	6.1 сестринское дело 6.3 акушерское дело 6.2 лечебное дело 6.4 другая
7. На каком отделении Вы учились?	7.1 платное 7.2 бюджетное
8. Какой была Ваша успеваемость во время учебы	8.1 больше пятерок 8.2 больше четверок 8.3 в основном, «удовлетворительно»
9. Укажите главную причину, по которой Вы поступили на этот факультет университета:	9.1 желание родителей 9.2 нравится будущая профессия 9.3 потому что в семье есть медработники 9.4 не поступил на другой ф-т.мед. университета 9.5 другое (напишите) 9.6 затрудняюсь ответить
10. Чем привлекает будущая профессия (один или несколько ответов)	10.1 нравится лечить людям здоровье 10.2 возможность получить медицинские знания 10.3 легко найти работу по специальности 10.4 ничем, разочарован в профессии 10.5 другое (укажите)
11. Какие негативные стороны будущей профессии можете отметить (один или несколько ответов)	11.1 высокие нагрузки (физические, психологические) 11.2 низкая зарплата 11.3 неprestижность профессии в обществе 11.4 много бумажной работы 11.5 профессиональные риски (опасность заражения, травмы и пр.) 11.6 другое (укажите) _____ 11.7 негативных сторон нет
12. Оцените уровень полученных во время учебы теоретических знаний:	12.1 отличный 12.2 хороший 12.3 удовлетворительный 12.4 неудовлетворительный 12.5 затрудняюсь ответить
13. Достаточно ли Вам практических знаний, полученным во время учебы?	13.1 да, полностью 13.2 да, большей частью 13.3 не совсем 13.4 недостаточно
14. Достаточно ли Вам знаний по правовым вопросам (нормативно-правовые акты), полученных во время учебы?	14.1 да, полностью 14.2 да, большей частью 14.3 не совсем 14.4 недостаточно

15. Возникают ли у Вас трудности при общении с пациентами, их родственниками, врачами, преподавателями?	15.1 да, очень часто 15.2 да, время от времени 15.3 очень редко 15.4 не возникает
18. Оцените свой уровень владения иностранным языком (каким?)	18.1 начинающий уровень 18.2 средний 18.3 выше среднего 18.4 свободное владение 18.5 не владею
19. Удовлетворены ли Вы качеством лекционных занятий?	19.1 да, полностью 19.2 да, большей частью 19.3 не совсем 19.4 нет (укажите причину)
20. Удовлетворены ли Вы качеством практических занятий?	20.1 да, полностью 20.2 да, большей частью 20.3 не совсем 20.4 нет (укажите причину)
21. Устраивает ли Вас система оценки знаний?	21.1 да, полностью 21.2 да, большей частью 21.3 не совсем 21.4 нет (укажите причину)
22. Испытывали ли Вы недостаток в наглядных пособиях, муляжах, компьютерах и пр. в процессе учебы?	22.1 да, очень часто 22.2 да, время от времени 22.3 очень редко 24.2 нет
23. Устраивает ли Вас организация учебного процесса (расписание занятий, клинические базы и пр.)	23.1 да, полностью 23.2 да, большей частью 23.3 не совсем 23.4 нет (укажите причину)
25. Проранжируйте факторы, влияющие на качество подготовки (1- самый важный, 5- наименее важный)	- профессионализм преподавателей - материально-техническое оснащение учебного заведения - заинтересованность студентов в получении знаний - организация учебного процесса - учебно-методическое обеспечение
26. Оцените свою готовность к самостоятельной практической деятельности	26.2 полностью готов (а) 26.2 нуждаюсь в улучшении практических навыков 26.3 нуждаюсь в улучшении знаний 26.4 нуждаюсь в улучшении коммуникативных навыков
27. Собираетесь ли Вы работать по специальности после окончания университета?	27.1 да 27.2 нет 27.3 еще не знаю
28. Если Вы собираетесь работать по специальности, то где?	28.1 в городской медицинской организации 28.2 в сельской медицинской организации
29. Как Вы думаете, будут ли у Вас проблемы с трудоустройством после окончания учебы?	29.1 да 29.2 скорее нет, чем да 29.3 скорее да, чем нет 29.4 нет
30. Если Вы не собираетесь работать по специальности, пригодятся ли Вам в жизни ваши знания:	30.1 Да, в семейной жизни 30.2 Да, я научилась состраданию и пониманию 30.3 Да, я приобрела много навыков (аккуратность, дисциплина, общение и др.) 30.4 Нет, не пригодятся 30.5 Затрудняюсь ответить
31. Какие должности, по Вашему мнению, может занимать медсестра-менеджер с высшим образованием, кроме старшей, главной сестры, преподавателя СД? (напишите)	

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Анкета для родителей/-родственников детей-пациентов

Уважаемый респондент!

Казанский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиyarова проводит анкетирование с целью изучения удовлетворенности родителей (родственников) качеством предоставляемого сестринского ухода, детям – пациентам Аксайской РДБ.

1. Укажите свое место жительства	1.1 город	1.2 село
2. Укажите Ваш возраст (полных лет)		
3. Ваш пол:	3.1 мужской	3.2 женский
4. Кем Вы являетесь ребенку?	4.1 мама 4.2 папа	4.3 бабушка/дедушка 4.4 другое
5. Укажите свое образование	5.1 начальное 5.2 неполное среднее 5.3 среднее общее	5.4 среднее специальное 5.5 неполное высшее 5.6 высшее
6. Ваш род занятий:	6.1 рабочий 6.2 служащий 6.3 предприниматель 6.4 пенсионер	6.5 учащийся 6.6 безработный 6.7 домохозяйка 6.8 другое (укажите)
7. Месячный доход Вашей семьи составляет	7.1 ниже 50 тыс. тенге 7.2 от 50 до 100 тыс.тенге 7.3 свыше 100 тыс. тенге	
8. Число членов Вашей семьи		
9. Ваш ребенок поступил в больницу	9.1 в экстренном порядке 9.2 в плановом порядке 9.3 самообращение	
10. Как долго Вы ждали госпитализации своего ребенка в больницу?	10.1 до семи дней 10.2 от одной до трех недель 10.3 более месяца	
11. Как долго Вы ожидали госпитализации ребенка в приемном отделении больницы	11.1 меньше получаса 11.2 от получаса до часа	11.3 от 1 до 2-х часов 11.4 более 2-х часов
12. Ваш ребенок впервые поступил в данную больницу?	12.1 да 12.2 нет	
13. Имели ли место конфликтные ситуации с кем-либо из персонала данной больницы?	13.1 да 13.2 нет	

Ответы на вопросы с 14 по 29 просим дать в таблице

14. Как Вы оцениваете бытовые условия пребывания в больнице (санузлы, горячая вода, чистота, температура воздуха и пр.)	14.1 полностью доволен	5
	14.2 в основном доволен	4
	14.3 не имею определен. мнения	3
	14.4 в основном недоволен	2
	14.5 полностью недоволен	1
15. Довольны ли Вы наличием информационно-образовательных буклетов, плакатов и пр. в больнице?	15.1 полностью доволен	5
	15.2 в основном доволен	4
	15.3 не имею определен. мнения	3
	15.4 в основном недоволен	2
	15.5 полностью недоволен	1
16. Довольны ли вы внешним видом медперсонала?	16.1 полностью доволен	5
	16.2 в основном доволен	4
	16.3 не имею определен. мнения	3
	16.4 в основном недоволен	2
	16.5 полностью недоволен	1
17. Как Вы оцениваете отношение к Вашему ребенку со стороны среднего медперсонала?	17.1 полностью доволен	5
	17.2 в основном доволен	4
	17.3 не имею определен. мнения	3
	17.4 в основном недоволен	2
	17.5 полностью недоволен	1
18. Довольны ли Вы объяснениями медсестер по поводу распорядка больницы, подготовки к процедурам, проведения профилактич. мероприятий?	18.1 полностью доволен	5
	18.2 в основном доволен	4
	18.3 не имею определенного мнения	3
	18.4 в основном недоволен	2
	18.5 полностью недоволен	1
19. Как Вы оцениваете знания и умения медсестер как специалистов	19.1 полностью доволен	5
	19.2 в основном доволен	4
	19.3 не имею определен. мнения	3
	19.4 в основном недоволен	2

	19.5 полностью недоволен	1
20. Довольны ли вы качеством сестринских манипуляций (инъекции, перевязки и пр.)?	20.1 полностью доволен	5
	20.2 в основном доволен	4
	20.3 не имею определ. мнения	3
	20.4 в основном недоволен	2
	20.5 полностью недоволен	1
21. Довольны ли Вы уходом за Вашим ребенком, который оказывал персонал больницы?	21.1 полностью доволен	5
	21.2 в основном доволен	4
	21.3 не имею определ. мнения	3
	21.4 в основном недоволен	2
	21.5 полностью недоволен	1
22. Как Вы оцениваете быстроту реакции персонала на вызов в палату?	22.1 полностью доволен	5
	22.2 в основном доволен	4
	22.3 не имею определ. мнения	3
	22.4 в основном недоволен	2
	22.5 полностью недоволен	1
23. Как Вы оцениваете сочувствие, заботу и внимание медсестер больницы?	23.1 полностью доволен	5
	23.2 в основном доволен	4
	23.3 не имею определ. мнения	3
	23.4 в основном недоволен	2
	23.5 полностью недоволен	1
24. Как Вы оцениваете соблюдение медперсоналом врачебной тайны?	24.1 полностью доволен	5
	24.2 в основном доволен	4
	24.3 не имею определ. мнения	3
	24.4 в основном недоволен	2
	24.5 полностью недоволен	1
25. Довольны ли Вы безопасностью больничной среды (удобные лестницы, пандусы, поручни и т.п.)	25.1 полностью доволен	5
	25.2 в основном доволен	4
	25.3 не имею определ. мнения	3
	25.4 в основном недоволен	2
	25.5 полностью недоволен	1
26. Как Вы оцениваете внимание со стороны младшего медперсонала (своевр. смена белья, уборка, кварцевание и т.п.)?	26.1 полностью доволен	5
	26.2 в основном доволен	4
	26.3 не имею определ. мнения	3
	26.4 в основном недоволен	2
	26.5 полностью недоволен	1
27. Довольны ли вы качеством больничной пищи?	27.1 полностью доволен	5
	27.2 в основном доволен	4
	27.3 не имею определ. мнения	3
	27.4 в основном недоволен	2
	27.5 полностью недоволен	1
28. Оцените качество полученной медицинской помощи в больнице в целом	28.1 полностью доволен	5
	28.2 в основном доволен	4
	28.3 не имею определ. мнения	3
	28.4 в основном недоволен	2
	28.5 полностью недоволен	1
29. Отметьте, пожалуйста, положительные или негативные личные качества медицинской сестры, курировавшей Вашего ребенка:	29.1 милосердие	29.4 умение найти подход к ребенку 29.5 равнодушие 29.6 нежелание отвечать на вопросы
	29.2 внимательность	
	29.3 коммуникабельность	
30. Как изменилось состояние здоровья Вашего ребенка за время пребывания в больнице	30.1 улучшилось	
	30.2 осталось без изменений	
	30.3 ухудшилось	
31. Вы могли бы рекомендовать свои близким лечение в данной больнице?	31.1 да	
	31.2 нет	
32. Ваши предложения по улучшению качества медицинской помощи:		

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Анкета для пациента Уважаемый респондент!

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова проводит анкетирование пациентов Университетских клиник с целью изучения удовлетворенности качеством предоставляемого сестринского ухода

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Укажите свое место жительства | 1.1 город | 1.2 село |
| 2. Укажите Ваш возраст (полных лет) | | |
| 3. Ваш пол: | 3.1 мужской | |
| | 3.2 женский | |
| 4. Укажите свое семейное положение | 4.1 женат (замужем) | 4.3 вдовец (вдова) |
| | 4.2 холост (не замужем) | 4.4 разведен (а) |
| 5. Укажите свое образование | 5.1 начальное | 5.4 среднее специальное |
| | 5.2 неполное среднее | 5.5 неполное высшее |
| | 5.3 среднее общее | 5.6 высшее |
| 6. Ваш род занятий: | 6.1 рабочий | 6.5 учащийся |
| | 6.2 служащий | 6.6 безработный |
| | 6.3 предприниматель | 6.7 домохозяйка |
| | 6.4 пенсионер | 6.8 другое (укажите) |
| 7. Месячный доход Вашей семьи составляет | 7.1 ниже 50 тыс. тенге | |
| | 7.2 от 50 до 100 тыс. тенге | |
| | 7.3 свыше 100 тыс. тенге | |
| 8. Число членов Вашей семьи | | |
| 9. Как вы оцениваете состояние своего здоровья? | 9.1 плохое | |
| | 9.2 удовлетворительное | |
| | 9.3 хорошее | |
| 10. Вы впервые поступили в данную больницу? | 10.1 да | |
| | 10.2 нет | |
| 11. Имели ли место конфликтные ситуации с кем-либо из персонала данной больницы? | 11.1 да | |
| | 11.2 нет | |

Ответы на вопросы с 14 по 29 просим дать в таблице

14. Как Вы оцениваете бытовые условия пребывания в больнице (санузла, горячая вода, чистота, температура воздуха и пр.)	14.1 полностью доволен 14.2 в основном доволен 14.3 не имею определ. мнения 14.4 в основном недоволен 14.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
15. Довольны ли Вы наличием информационно-образовательных буклетов, плакатов и пр. в больнице?	15.1 полностью доволен 15.2 в основном доволен 15.3 не имею определ. мнения 15.4 в основном недоволен 15.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
16. Довольны ли вы внешним видом медперсонала?	16.1 полностью доволен 16.2 в основном доволен 16.3 не имею определ. мнения 16.4 в основном недоволен 16.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
17. Как Вы оцениваете отношение к себе со стороны среднего медперсонала?	17.1 полностью доволен 17.2 в основном доволен 17.3 не имею определ. мнения 17.4 в основном недоволен 17.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
18. Довольны ли вы объяснениями медсестер по поводу распорядка больницы, подготовки к процедурам, проведения профилактич. мероприятий?	18.1 полностью доволен 18.2 в основном доволен 18.3 не имею определенного мнения 18.4 в основном недоволен 18.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
19. Как Вы оцениваете знания и умения медсестер как специалистов	19.1 полностью доволен 19.2 в основном доволен 19.3 не имею определ. мнения 19.4 в основном недоволен 19.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
20. Довольны ли вы качеством сестринских манипуляций (инъекции, перевязки и пр.)?	20.1 полностью доволен 20.2 в основном доволен 20.3 не имею определ. мнения 20.4 в основном недоволен 20.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1

21. Довольны ли Вы уходом, который оказывал персонал больницы?	21.1 полностью доволен 21.2 в основном доволен 21.3 не имею определ. мнения 21.4 в основном недоволен 21.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
22. Как Вы оцениваете быстроту реакции персонала на вызов в палату?	22.1 полностью доволен 22.2 в основном доволен 22.3 не имею определ. мнения 22.4 в основном недоволен 22.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
23. Как Вы оцениваете сочувствие, заботу и внимание медсестер больницы?	23.1 полностью доволен 23.2 в основном доволен 23.3 не имею определ. мнения 23.4 в основном недоволен 23.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
24. Как Вы оцениваете соблюдение медперсоналом врачебной тайны?	24.1 полностью доволен 24.2 в основном доволен 24.3 не имею определ. мнения 24.4 в основном недоволен 24.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
25. Довольны ли Вы безопасностью больничной среды (удобные лестницы, пандусы, поручни и т.п.)	25.1 полностью доволен 25.2 в основном доволен 25.3 не имею определ. мнения 25.4 в основном недоволен 25.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
26. Как Вы оцениваете внимание со стороны младшего медперсонала (своевр. смена белья, уборка, кварцевание и т.п.)?	26.1 полностью доволен 26.2 в основном доволен 26.3 не имею определ. мнения 26.4 в основном недоволен 26.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
27. Довольны ли вы качеством больничной пищи?	27.1 полностью доволен 27.2 в основном доволен 27.3 не имею определ. мнения 27.4 в основном недоволен 27.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
28. Оцените качество полученной медицинской помощи в больнице в целом	28.1 полностью доволен 28.2 в основном доволен 28.3 не имею определ. мнения 28.4 в основном недоволен 28.5 полностью недоволен	5 4 3 2 1
29. Отметьте, пожалуйста, положительные или негативные личные качества медицинской сестры, курировавшей Вашего ребенка:	29.1 милосердие 29.2 внимательность 29.3 коммуникабельность	29.4 умение найти подход к ребенку 29.5 равнодушие 29.6 нежелание отвечать на вопросы
30. Как изменилось состояние Вашего здоровья за время пребывания в больнице	30.1 улучшилось 30.2 осталось без изменений 30.3 ухудшилось	
31. Вы могли бы рекомендовать свои близким лечение в данной больнице?	31.1 да 31.2 нет	
32. Ваши предложения по улучшению качества медицинской помощи:		

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Основные законодательные и нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность МПСЗ

	<i>Наименование документа</i>	<i>Основные положения</i>	<i>Комментарии и пояснения относительно сестринского дела</i>
1	Всеобщая Декларация прав человека ООН, 1948	«Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень и медицинский уход, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи»	Каждый человек имеет право на сестринский уход, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи. Система здравоохранения каждой страны должна обеспечивать предоставление сестринской помощи населению.
2	Конституция РК, статья 29	Граждане РК имеют право на охрану здоровья, на получение ГОБМП и платных медицинских услуг.	Граждане РК имеют право на получение сестринской помощи в рамках ГОБМП и платных медицинских услуг.
3	<i>Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»</i>		
	Статья 34. Статья 34.	ГОБМП включает все виды медицинских услуг по утвержденному Постановлением Правительства перечню. Платные медицинские услуги оказываются по инициативе пациентов, в случае отсутствия направления/ медицинских показаний, не включенных в ГОБМП состояниях (болезни, исследования, лекарственные препараты).	Поскольку сестринская помощь является неотъемлемой частью всей медицинской помощи, она может оказываться в рамках ГОБМП и на платной основе, но в соответствии с установленными правилами.
	Статьи 36-38. Статья 39. Статья 40.	Определено общее содержание и виды медицинской деятельности, а также виды медицинской помощи. Доврачебная МП оказывается МПСЗ в целях профилактики заболеваний, а также при заболеваниях, не требующих использования методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации с участием врача. Виды и объем доврачебной помощи определяется уполномоченным органом. Дано определение квалифицированной	МПСЗ осуществляет свою деятельность в каждом из представленных 9 видов медицинской деятельности. МПСЗ оказывает 3 из представленных видов МП: 1) доврачебная МП (все специальности СД); 2) квалифицированная МП (медсестры с высшим сестринским образованием). В данном пункте кроются резервы осуществления самостоятельного сестринского приема и расширения границ сестринской практики; 3) медико-социальная помощь. Этот вид помощи в реальных условиях оказывают медработники, наиболее часто контактирующие с пациентами, в т.ч. на дому, т.е. МПСЗ в

	Статья 43.	<p>медицинской помощи, это МП, оказываемая медработниками с высшим медицинским образованием. Виды и объем квалифицированной МП определяются уполномоченным органом.</p> <p>Дано определение медико-социальной помощи, это МП, оказываемая профильными специалистами лицам с социально-значимыми заболеваниями согласно перечню Правительства РК.</p>	<p>команде с психологами и сотрудниками. Однако в определении Кодекса утверждаются «профильные специалисты», т.е. лица с высшим медицинским образованием, имеющие сертификат по определенной специальности.</p>
	Статьи 44-54.	<p>Определены формы представления МП, в т.ч. паллиативная помощь и сестринский уход.</p>	<p>МПСЗ осуществляет свою деятельность в каждом из представленных 9 форм предоставления МП.</p> <p>ПМСП представлена как часть/разновидность амбулаторно-поликлинической помощи, в то время как ВОЗ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определяет ПМСП как уровень оказания МП наряду с больничной помощью. 2) ПМСП включает амбулаторно-поликлиническую помощь, скорую МП (включая санитарную авиацию и МП при ЧС). <p>ПМСП также, как и больничная помощь, может включать СЗП, восстановительное лечение и реабилитацию, паллиативную помощь и сестринский уход, традиционную и народную медицину (т.е. общие для 2-х уровней формы предоставления МП).</p> <p>В статье 47 стационарная помощь представлена квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной МП с круглосуточным наблюдением, но нет упоминания о сестринском уходе. Возникает конфликт юридических интересов: МПСЗ не должны оказывать стационарную помощь. Т.е. в данную статью необходимо добавить и доврачебную МП.</p> <p>Статья 53 определяет условия осуществления сестринского ухода («в случаях, не требующих врачебного наблюдения»), на наш взгляд, исполные. Остался без внимания сестринский уход в стационаре под наблюдением врача.</p>

	Статьи 87-95. Статьи 182-185.	Гарантии обеспечения прав и обязательства в сфере оказания медицинской помощи. Права и обязанности, трудовые отношения медработников. Последние регулируются Кодексом РК о труде.	Из 11 прав медработника наиболее значимыми являются: - возмещение вреда, причиненного жизни/ здоровью в связи с выполнением трудовых обязанностей; - страхование профессиональной ответственности за причинение ущерба здоровью пациента при отсутствии небрежного/ халатного отношения со стороны медработника; - повышение квалификации за счет работодателя. 2 права повсеместно не обеспечиваются, это: - предоставление служебного жилья; - возмещение транспортных расходов, связанных с разъездным характером деятельности.
4	Закон РК «Об образовании», статья 17.	Предусматривает интеграцию образовательных учебных программ технического и профессионального образования с образовательными программами 1-2 курсов высших учебных заведений	Данная статья предусматривает возможность непрерывности и преемственности образования, т.е. при наличии среднего медицинского образования гражданин (медсестра) может поступить в медицинский вуз не на 1-ый, а на 2-ой курс, что в реальной жизни не осуществляется. Преемственность образования предполагает отсутствие дублирования дисциплин или их преподавание на более высоком уровне и с более сложным содержанием. Этот принцип также часто нарушается в практике медицинского образования.
<i>Стратегические и программные документы в области здравоохранения и образования</i>			
1	Долгосрочная стратегия развития Казахстана «Казахстан-2030»	Предотвращение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни. Борьба с наркоманией и наркобизнесом. Сокращение потребления алкоголя и табака. Улучшение здоровья женщины и детей	По мнению ВОЗ, успешность этих актуальных направлений, во многом зависит от вовлечения МПСЗ в реализацию реформ. При этом, приоритетная роль в профилактике, реабилитации и восстановительном лечении отводится медсестрам. Особое значение придается и подготовке, и использованию МПСЗ в программах скрининга населения.
2	Стратегия «Казахстанский путь – 2050: единая цель, единые интересы, единое будущее»	Пункт 24 «Обеспечить приоритетное развитие ПМСП»: укрепление кадрового потенциала ПМСП; солидарная ответственность за здоровье на уровне работодателя; создание работодателями условий для прохождения профилактических осмотров работниками,	Актуальными в рамках данной стратегии остаются вопросы обеспечения безопасной рабочей среды и профилактики профессиональных факторов риска, соблюдение правил эргономики, инфекционной безопасности. Так, для МПСЗ наиболее актуальными являются синдром эмоционального выгорания, химио-биологические, психосоциальные и

		поддержанию и укреплению здоровья и ЗОЖ работников.	физические риски (подъем тяжестей и др.).
3	Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы	Развитие социально-ориентированной системы ПМСП, в т.ч.: - делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам, с доведением соотношения врачей и среднего медицинского персонала до оптимального уровня; - усиление роли и потенциала МПСЗ в соответствии с международными требованиями в целях создания позитивного профессионального имиджа и улучшения качества медицинских услуг.	В настоящее время ведется работа по делегированию части полномочий МПСЗ, однако, на наш взгляд, недостаточно активно и оперативно. Недостаточно юридически закреплённых стандартов, определяющих объём полномочий и ответственности. Соответственно стандартам практики должны быть разработаны и образовательные стандарты. Все стандарты должны включать перечень необходимых компетенций с их расширением усложнением по уровням подготовки, специальностям и должностям.
4	Стратегический план МЗ РК на 2014-2018 годы	Предусматривает введение должности 2-й и 3-й участковой медсестры для усиления профилактической работы с прикрепленным населением (скрининги, формирование целевых групп, обучение ЗОЖ и профилактике).	В дальнейшем соответственно этим должностям необходимо разработать/ усовершенствовать стандарты, определяющие объём полномочий и ответственности, с перечнем самостоятельно выполняемых манипуляций и назначаемых медикаментов. Особое внимание необходимо обратить на доказательную базу стандартов при их разработке/ усовершенствовании.
5	Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы	Повышение значимости МПСЗ в оказании медицинской и медико-социальной помощи. Развитие новых организационных форм и технологий сестринской помощи. Совершенствование системы управления сестринским персоналом Делегирование ряда врачебных функций медицинской сестре. Повышение мотивации и социального статуса специалистов сестринского дела. Увеличение соотношения врач / СМР. Совершенствование должностных инструкций. Пересмотр политики приема в медицинские организации образования.	Предполагается разработка профессиональных стандартов специалистов здравоохранения на основе единых подходов к стандартизации по различным разделам медицинской, социальной, психологической видов помощи. Предполагается пересмотр номенклатуры специальностей и должностей работников здравоохранения, а также квалификационных требований к должностям и характеристикам специальностей. Предполагается совершенствование инструкций с четким описанием служебных обязанностей, с определением задач и критериев оценки качества работы, системы мониторинга для отчетности и компенсаций, а также эффективные системы мотивации. Все планируемые мероприятия актуальны и для

			сестринского дела.
6	Государственная программа развития образования на 2011-2020 гг.	Реструктурировано техническое и профессиональное образование. Введена 3-уровневая подготовка специалистов: бакалавр-магистр-доктор PhD. Утвержден Классификатор специальностей высшего и послевузовского образования РК. Интеграция образования, науки и производства. Развитие непрерывного профессионального образования	Возможности 3-уровневой подготовки специалистов для МПСЗ реализованы не полностью; отсутствует докторантура PhD по специальности «Сестринское дело», что влияет на эффективность интеграции образования и отсутствие научно-подготовленных кадров по данной специальности.
7	Концепция развития медицинского образования в РК на 2011-2015 гг.	Предполагает решение вопросов повышения квалификации педагогов, внедрение инновационных технологий подготовки, пересмотр стандартов образования и повышение качества.	Все планируемые мероприятия актуальны и для сестринского дела.
<i>Постановления Правительства Республики Казахстан</i>			
1	№ 1400 от 29.12.07 г. «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий»	Регламентирует доплаты и надбавки за условия труда, психоэмоциональные нагрузки, особые условия труда, квалификационные категории и т.д.	Не предусматривает доплату за дополнительные нагрузки, например, подготовку резерва, участие в работе экспертных советов. Однако, в практике отдельных ОЗ данные виды дополнительной деятельности оплачиваются в рамках системы дифференцированной оплаты.
2	№114 от 19.02.14 г. «Об утверждении государственного норматива сети	Определяет номенклатуру сети учреждений здравоохранения.	Определяет самостоятельные учреждения, где медпомощь преимущественно оказывают МПСЗ: хосписы и Больницы сестринского ухода. Больница сестринского ухода открывается из расчета на 400

	организаций здравоохранения РК»		тыс. прикрепленного населения и более. В то время как потребность населения в сестринском уходе и паллиативной помощи гораздо выше. Также не регламентировано открытие отделений сестринского ухода и паллиативной помощи.
3	№ 2136 от 15.12.09 г. «Об утверждении перечня ГОБМП»	Содержит перечень услуг в рамках ГОБМП: ПМСП, консультативно-диагностическая помощь, стационарная, СЗП, паллиативная помощь и сестринский уход	В перечень стационарной помощи включены паллиативная помощь и сестринский уход, но которых нет в перечне амбулаторно-поликлинических услуг.
4	№ 1343 от 15.11.11 г. «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода»	Стандарт оказания паллиативной помощи населению в организациях здравоохранения. Определяет порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода. Сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих врачебного наблюдения, в специализированных МО или в форме стационара на дому. Определены показания для предоставления паллиативной помощи и сестринского ухода являются.	Для эффективной реализации данного постановления необходима разработка и утверждение стандартов оказания паллиативной помощи и сестринского ухода (клинические протоколы, СОПы), определяющие объем полномочий и ответственности, с перечнем самостоятельно выполняемых манипуляций и назначаемых медикаментов.
<i>Приказы МЗ РК, МТСЗН</i>			
1	№238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»	Предусматривает введение должности заместителя главного врача по сестринскому делу (главная медицинская сестра)	Для эффективной реализации данного приказа необходима разработка и утверждение стандартов профессиональной деятельности отдельно для заместителя главного врача по СД и главной медсестры, с разделением полномочий в зависимости от уровня подготовки. В приказе не указаны другие должности МПСЗ, имеющиеся или недавно появившиеся в практике, например, медсестра-менеджер, медсестра ЗОЖ, медсестра-эксперт, медсестра, ведущая самостоятельный прием и др. Согласно приказу Хоспис организуется из расчета 30 коек на 400 тыс. населения (минимально 15-45 коек). Установлена нагрузка палатных медсестер из расчета 1 круглосуточный пост на 5 коек, и дополнительно 1 пост на 2-3 аполитические койки для коматозных больных. Больница сестринского ухода

			<p>организуется на 80-120 коек. Но не регламентируется кто руководит БСУ: врач или МПСЗ. Норма нагрузки палатных медсестер (из расчета 1 круглосуточный пост на 20 коек) не соответствует сложности состояний поступающих пациентов, но при этом предусмотрено такое же число младших медсестер/ санитарок. На наш взгляд, оптимальным будет расчет 1 поста на 10 коек.</p> <p>...Положительным является снижение рабочей нагрузки на палатных медсестер БО, произведенное из расчета на число пролеченных больных (на 1 палатную медсестру терапевтических – 684 и хирургических – 492 в год).</p> <p>Положительным является и установление 3 должностей МПСЗ (медсестра, фельдшер) на 1 должность врача общей практики или 2 должностей на 1 должность врача участкового терапевта/ педиатра</p>
		Регламентирует виды, функции, мероприятия, должностные обязанности специалистов в системе ПМСП.	<p>ПМСП делится на амбулаторно-поликлиническую и КДП, выделены психологическая, специальные социальные услуги, противоэпидемические мероприятия и разъяснительная работа.</p> <p>Из приказа полностью выпало направление СЗП, включая сестринский уход на дому.</p>
2	№ 657 от 14.11.13 г. «Об утверждении Положения о деятельности организаций, оказывающих паллиативную помощь и реабилитацию»	Содержит стандарт организации паллиативной помощи и перечень категорий населения, подлежащий паллиативной помощи и сестринскому уходу	<p>На наш взгляд, приказ включает не все положения стандарта организации. Так, определены не все виды оказываемой медицинской помощи, указано оказание квалифицированной МП, но нет упоминания сестринского ухода, являющегося основным видом оказания МП.</p> <p>Норматив обеспечения паллиативной помощью (в ОЗ областных центров и городов республиканского значения с численностью населения не менее 100 тыс. человек) не соответствует ППРК №114 от 19.02.14 г. (не менее 400 тыс. человек). Но данный стандарт более применим для открытия хосписов и реабилитационных центров.</p> <p>В трактовке приказа вместо хосписа можно открыть больницу сестринского ухода с минимальной мощностью не</p>

			месяце 30 коск.
3	№ 630 от 30.10.09 г. «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения»	Регламентирует объем специальных социальных услуг, в частности: социально-медицинских – консультирование, обучение, формирование навыков самообслуживания и пр.	Это наиболее полный стандарт объема и видов услуг. Аналогично данному приказу необходимо дополнить Приказ №657 и разработать Приказ, регламентирующий стандарт оказания сестринской помощи, сестринского ухода и других видов сестринских услуг (для стационарной помощи и для ПМСП).
4	№ 774 от 24.11.09 г. «Об утверждении Номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей»		Регламентирует специальности работников с высшим медицинским образованием, в т.ч. «Сестринское дело» Определены 8 специальностей МПСЗ: 1) лабораторная диагностика; 2) лечебное дело; 3) акушерское дело; 4) гигиена и эпидемиология; 5) стоматология; 6) стоматологическая ортопедия; 7) сестринское дело; 8) фармация. Определена специальность работников с начальным профессиональным образованием, это «Сестринское дело» с квалификациями: медсестра по уходу, помощник медсестры и массажист.
5	№775 от 24.11.09 г. «О номенклатуре должностей работников здравоохранения»	Дополнены должности, которые могут занимать, и медицинские сестры с высшим образованием	Установлена должность зам. главного врача по сестринскому делу, но нет должностей медсестры-менеджера, медсестры-эксперта и др.
6	№791 от 26.11.09 г. «Квалификационные характеристики должностей работников здравоохранения»	Содержат требования, предъявляемые к должностям работников здравоохранения и должностные обязанности	Аналогично приказу №775 не представлены квалификационные характеристики должностей медсестры-менеджера, медсестры-эксперта др.
7	МТСЗН №201 от 21.05. 12 г.	Квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и других служащих»	В рамках должности под общим названием менеджер, помимо представленных в данном приказе, возможна разработка должностей медсестры-менеджера, медсестры-эксперта,

		определяет требования к руководителям и менеджерам.	медсестры маркетолога медуслуг и др.
8	№661 от 06.11.09 г. «Об утверждении правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения»	Определяет правила проведения квалификационных экзаменов, порядок их проведения и квалификационные требования к претендентам при присвоении категорий	Правила проведения квалификационных экзаменов для МПСЗ изложены ясно и исключают двойное толкование.
9	№ 907 от 23.11.10 г. «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения»	Определяет перечень форм первичной медицинской документации. Содержит около 400 форм первичной медицинской документации	Нет формы сестринской документации (Карта сестринского осмотра пациента, Лист сестринских назначений, Лист сестринского наблюдения и др.), которую ведут во многих ОЗ и которая является одним из обязательных условий международной аккредитации ОЗ.
10	№310 от 20.05.11 г. «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи»	Определяет порядок доплаты за качество и объем оказываемой медицинской помощи за счет экономии бюджетных средств и платных услуг.	В сфере сестринского дела данный приказ практически не работает из-за отсутствия системы индикаторов оценки (как и самих стандартов объема сестринской деятельности) сестринской помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ К

КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ (стационар) (проводится анонимно)

Должность _____
Общий медицинский стаж _____, в т.ч. в занимаемой должности _____ лет, в качестве
врача-клинициста/практикующей медицинской сестры _____ лет.

Эти функции ВРАЧА можно передать МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ? Свое мнение оцените в следующих вариантах согласия/несогласия - напротив каждого вопроса поставьте свои ответы:

- 1-полностью согласен(а)
- 2 – согласен (а)
- 3-затрудняюсь ответить
- 4-не согласен (а)
- 5- полностью не согласен (а)

	<i>Функции</i>	Оценка согласия
1	Первичный осмотр пациентов при поступлении в приёмный покой	
2	Проведение <i>Триажа</i> (сортировки) для определения приоритета оказания медицинской помощи пациентам в зависимости от типа и экстренности их состояния	
3	Разработка маршрута пациента в стационаре	
4	Информирование пациентов о возможности задержки в оказании медицинских услуг, о причинах задержки или ожидания	
5	Информирование пациентов о ходе лечения, проведении диагностических процедур и т.п. пределах компетенции	
6	Разъяснение пациентам возможного побочного действия лекарств	
7	Обеспечение комфортного поддерживающего ухода умирающим пациентам (паллиативная помощь)	
8	Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях	
9	Мониторинг соблюдения прав пациента (качественный уход, конфиденциальность, информированное согласие, уважение достоинства и т.д.)	
10	Управление рисками в больнице (риск падения, медсестринских ошибок, внутрибольничного заражения и пр.)	
11	Обеспечение безопасности пациентов: -безопасность продуктов питания -безопасность больничной среды (инфекционный контроль, риск падения, психологические риски и пр.)	
12	Обучение пациентов само уходу и само помощи, обучение семьи пациента уходу за больным	
13	Управление болью и ведение больных с послеоперационной болью	
14	Управление выпиской пациентов (в т.ч. обеспечение связи с поликлиникой после выписки)	
15	Другие функции, которые Вы могли бы предложить:	

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ (ПМСП)

(проводится анонимно)

Должность _____

Общий медицинский стаж _____, в т.ч. в занимаемой должности _____ лет, в качестве
врача-клинициста/практикующей медицинской сестры _____ лет.

Эти функции ВРАЧА можно передать МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ? Своё мнение
оцените в следующих вариантах согласия/ несогласия - напротив каждого вопроса
поставьте свои ответы:

1 - полностью согласен(а)

2 - согласен(а)

3 - затрудняюсь ответить

4 - не согласен (а)

5 - полностью не согласен(а)

	<i>Функции</i>	Оценка согласия
1	Самостоятельный прием и первичный осмотр пациентов при обращении	
2	Обслуживание вызовов на дом при отсутствии врачебных показаний	
3	Разработка маршрута пациента в поликлинике	
4	Динамическое наблюдение за хроническими больными в пределах компетенции	
5	Проведение диспансеризации, скрининговых исследований, иммунизации	
6	Разъяснение пациентам возможного побочного действия лекарств	
7	Обеспечение комфортного поддерживающего ухода умирающим пациентам (паллиативная помощь)	
8	Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях	
9	Обучение пациентов само помощи, само уходу	
10	Управление рисками в лечебной организации (риск падения, м/с ошибок и пр.)	
11	Выписка рецептов в пределах ГОБМП	
12	Безопасность больничной среды (инфекционный контроль, пр.)	
13	Организация обучения и санитарного просвещения пациентов и членов их семей профилактике заболеваний и навыкам ЗОЖ (школы пациентов)	
14	Управление болью и ведение больных с хронической болью	
15	Патронаж больных после выписки из стационара	
16	Другие функции, которые Вы могли бы предложить:	

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Основные стратегии и концепции развития сестринского дела

	<i>Наименование документа</i>	<i>Основные положения</i>	<i>Комментарии и пояснения относительно сестринского дела</i>
1	Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2011-2015 гг.	<p>Цель: улучшение здоровья на индивидуальном, семейном и общественном уровнях путем развития доказательной сестринской и акушерской практики. Улучшение медицинской помощи при хронических заболеваниях и усиление системы здравоохранения. Приоритетное развитие ПМСП</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) планирование и оказание сестринской и акушерской помощи, основанной на принципах уважения чести, достоинства и прав человека; 2) развитие медицинских услуг, основанное на потребностях, научных исследованиях и стратегических приоритетах; 3) развитие партнерства для достижения целей по сохранению, укреплению здоровья. <p>5 направлений:</p> <p>Пять направлений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- улучшение качества медицинской помощи 2- политика и практика 3- образование и профессиональное развитие 4- управление кадровыми ресурсами 5- развитие партнерства. 	<p>Выделены этические аспекты оказания медицинской помощи, основанной на уважении прав человека.</p> <p>Развитие доказательной сестринской практики, основанной на стратегических приоритетах и потребностях в медицинской помощи.</p>
2	Концепция ВОЗ «Уход на дому в Европе» (2008 г.)	<p>Факторы повышения спроса на уход на дому.</p> <p>Организационные схемы и структуры ухода на дому</p> <p>Критерии на право получения ухода на дому.</p> <p>Проблемы доступности современных технологий для получателей ухода.</p> <p>Проблемы согласования и координации в сфере оказания ухода на дому и их решение.</p> <p>Индивидуальная координация: проблемы и решения.</p> <p>Направления совершенствования интеграции ухода на дому.</p> <p>Новые технологические достижения в сфере оказания ухода на дому</p>	<p>Наиболее полно раскрывает назначение, сущность.</p> <p>Определяет все проблемы организации сестринского ухода на дому. Выделены пути решения этих проблем.</p>

		<p>Привлечение рабочей силы в сферу оказания ухода на дому. Тенденции изменения/ совершенствования стратегии ухода на дому. Органы власти, принимающие решения в сфере оказания ухода на дому, и их обязанности Принципы и условия разработки и внедрения стратегии в сфере здравоохранения Подходы к финансированию ухода на дому.</p>	
3	<p>Стратегия ВОЗ «Укрепление сестринских и акушерских служб на 2002-2008 гг. (ВОЗ, Женева, 2003 г.)</p>	<p>3 основные проблемы в области СД (дефицит сестринского персонала; не соответствующих требованиям условия работы; нерациональное распределение и несоответствующее использование сестринского персонала). <u>Сестринские и акушерские услуги представляют собой подсистему услуг в области здравоохранения, предоставляемых широкими категориями персонала, включая:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заботу о пациентах, их поддержку и утешение; 2) непрерывные оценку и контроль потребностей пациентов и их реакций на медицинские вмешательства; 3) информационно-разъяснительную работу и обучение пациентов и сообществ; 4) выявление недостатков в области ухода за пациентами и дальнейшее развитие услуг; 5) оказание и координирование услуг во всём диапазоне оказания медико-санитарной помощи. <p><i>Проблемы, стоящие перед службами здравоохранения:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение медико-санитарной помощи согласно реформам (децентрализация и приватизация, глобализация и технологическое развитие) 2. Социо-демографические перемены 3. Медико-социальные факторы: ВИЧ/СПИД). <p><i>Четыре наиболее важные проблемы СД (оказание услуг; персонал; обучение; управление).</i></p> <p><i>Направления развития СД согласно Целям развития в новом тысячелетии (Уменьшение бедности посредством осуществления контроля местностей с большим количеством детей с пониженной массой тела; Работа, направленная на достижение равенства полов путём просвещения девочек и женщин в области здоровья; Сокращение детской и материнской смертности</i></p>	<p>Дается определение сестринских услуг, включающее 5 направлений деятельности и 5 основных задач СД (планирование кадров; руководство персоналом, научно-доказательная практика; образование; управление), требующих срочного вмешательства и поддержки: Установлены факторы, влияющие на развитие СД, в т.ч. эпидемиологические и демографические изменения. Выделены 3 основные проблемы общественного здравоохранения, в решении которых ВОЗ рекомендует активно задействовать МПСЗ. Также определены направления развития СД согласно Целям развития в новом тысячелетии и в условиях глобализации: Определены 4 наиболее важные проблемы,</p>

	<p>посредством оказания необходимых медико-санитарных услуг матери и ребёнку; Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями путём снижения их распространения с помощью профилактических и лечебных мер).</p> <p><i>4 принципа реализации глобальных стратегических целей развития СД</i> (партнёрство, уместность, соблюдение права собственности, действия в соответствии с этическими нормами).</p> <p><u>Стратегические направления развития СД</u> для достижения целей в приоритетных областях здравоохранения (ВИЧ/СПИД; содействие безопасной беременности и здоровье матери и ребёнка; туберкулёз; малярия; здоровье подростков; психическое здоровье; хронические заболевания).</p> <p>Стратегические направления развития СД способствуют достижению 4-х основных целей ВОЗ, которыми являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ уменьшение крайне высокой смертности, заболеваемости и инвалидности, особенно среди бедного и маргинального населения; ■ содействие здоровому образу жизни и уменьшение факторов риска для здоровья, возникающих в окружающей среде, из-за экономических и социальных причин, а также в результате неправильного поведения; ■ развитие таких систем медико-санитарной помощи, которые беспристрастно способствуют улучшению здоровья, отвечают потребностям пользователей и разумны с финансовой точки зрения; ■ выработка действенной политики, направленной на создание необходимых институтов в секторе здравоохранения, и содействие развитию эффективного здравоохранения, имеющего большое значение для общества, экономики, окружающей среды и развития. <p>Улучшение качества медико-санитарной помощи и расширение доступа к ней посредством укрепления сестринских и акушерских служб также способствуют достижению Целей развития тысячелетия.</p> <p><u>Пять задач СД:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Планирование, информационно-разъяснительная работа и политические обязательства в области здравоохранения 2. Руководство персоналом сестринских и акушерских служб 3. Улучшение практики и системы здравоохранения 4. Обучение персонала сестринских и акушерских служб 	<p>препятствующие развитию СД, это: сестринская практика, кадровый вопрос, обучение и управление.</p> <p>Определены 3 ключевых условий укрепления вклада СД в улучшение здравоохранения, это: эффективные системы регулирования, образования и научно-исследовательской деятельности, и управления.</p> <p>Для эффективной реализации стратегии развития СД необходимо выполнение 3-х условий на правительственном, уровне МЗ РК и ОЗ: совершенствование НПА и организационной структуры СД, участие МПСЗ в политике здравоохранения и решение кадрового вопроса (увеличение численности МПСЗ и его обучение).</p> <p><i>Определено 7 видов деятельности МПСЗ:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сестринская оценка пациента и сестринский уход; 2) менеджмент и маркетинг ресурсов и услуг в ОЗ; 3) информирование и пропаганда; 4) межсекторальное сотрудничество; 5) обучение и
--	--	---

	<p>5. Управление и руководство.</p> <p><i>Определены наиболее важные участки деятельности на 2002-2004 гг.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - изучение возможности перемещения кадровых ресурсов для уменьшения дисбалансов в этой области; - содействие созданию безопасных условий работы; - усиление базы данных для сестринской и акушерской практики; - повышение уровня образования; - развитие управления и руководства. <p><i>Ключевыми условиями</i> укрепления вклада сестринских и акушерских служб в достижение необходимых улучшений в области здравоохранения являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эффективные системы регулирования, 2) образования, 3) научно-исследовательской деятельности и управления. <p><i>Факторы эффективности реализации стратегии развития СД:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Правительства и здравоохранение обеспечивают: координацию между участниками этих систем, обеспечение качества их услуг, определение целей медико-санитарной помощи, сбор и эффективное использование информации, выработку политики, разъяснительно-информационную работу и создание НПА. 2. Управление сестринскими и акушерскими службами: участие в разработке политики в области здравоохранения и в процессе принятия решений. 3. Роль сестринского и акушерского персонала в оказании услуг в области здравоохранения: необходимо изучать численность МПСЗ, экономическую эффективность их использования, качество предоставляемых услуг, их доступность и связь с результативностью системы здравоохранения. <p>Для расширения деятельности МПСЗ на наиболее уязвимые слои населения существенным условием является увеличение численности персонала и его обучение.</p> <p><u><i>В обязанности МПСЗ входят виды деятельности:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка физического и психического состояния здоровья и оказание необходимой помощи в случае соответствующих болезней; - планирование, мониторинг и координирование разнообразных ресурсов и 	<p>консультирование; б) первая медицинская дочеревная помощь; 7) научные исследования.</p> <p>Подчеркивается важность сестринского образования и необходимость научно-исследовательской деятельности в области СД для развития научно-обоснованной практики и расширения границ сестринской практики.</p> <p>На наш взгляд, в данной стратегии отсутствует логичность и последовательность изложения, некоторые положения повторяются. Отсутствуют индикаторы оценки реализации внедрения.</p> <p>Наиболее важными, на наш взгляд, является определение 5 ключевых задач развития СД, 7 видов деятельности МПСЗ. К 3-м условиям эффективной реализации стратегии развития СД можно добавить необходимость проведения научных исследований и совершенствование системы сестринского образования.</p>
--	--	---

	<p>услуг систем медико-санитарной помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявление, пропаганда и координация ресурсов и помощи, необходимых для быстрого и эффективного удовлетворения потребностей населения в области здравоохранения; - налаживание сотрудничества с другими специалистами медико-санитарной помощи в обстоятельствах, благоприятствующих излечению; - обучение, консультирование отдельных лиц, семей, сообществ и других специалистов и наблюдение за ними; - исполнение обязанностей специалистов и принятие более ответственных мер там, где отсутствуют специалисты; - проведение исследований и участие в научно-исследовательских проектах, предназначенных для сбора данных в целях улучшения практики и политики. <p><i>Место сестринских служб при оказании ПМСП с учетом глобализации:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - права человека и борьба с глобальной бедностью (бедность, насилие в отношении женщин, высокая материнская смертность, дискриминация по признакам пола, случаи жестокого обращения, в т.ч. и с МПСЗ); - создание здоровых и свободных от угрозы насилия условий работы (чрезмерные рабочие нагрузки, небезопасные условия работы и недостаточная материальная поддержка причислены к формам насилия и несовместимы с хорошей практикой). <p><i>Эпидемиологические и демографические изменения, оказывающие влияние на СД:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - инфекционные и неинфекционные заболевания (повторные возникновения инфекционных болезней и рост хронических заболеваний) - потребности престарелых людей и инвалидов в услугах ПМСП (перемещение услуг в области здравоохранения из больниц к местам проживания пациентов, что увеличивает спрос на соответствующие виды сестринской помощи). - рост нарушений психического здоровья, - приоритетные области (ВИЧ/СПИД, туберкулёз и безопасное протекание беременности). - риски для здоровья: достижение оптимального соотношения между профилактикой и лечением и обеспечение принятия профилактических мер 	
--	--	--

	<p>по отношению к основным рискам (высокое АД, курение, злоупотребление алкоголем, физическая пассивность, ожирение и высокий холестерин).</p> <p><i>Факторы, влияющие на развитие СД:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - гендерный аспект: повышение уровня занятости женщин, слабые возможности карьерного, отсутствие стимулов для привлечения молодого поколения, низкая заработная плата. - влияние глобализации на системы здравоохранения: быстрое распространение знаний, ресурсов и технологии, но и повышение рисков (распространению болезней, миграции квалифицированного персонала в области здравоохранения и потенциальному росту различий в уровнях ПМСП в развивающихся и развитых странах). - влияние технологий на оказание ПМСП: улучшение доступа к информации через Интернет, развитие технологий профилактики (геномика); - макроэкономические факторы: экономический спад и геополитические изменения привели к снижению уровня финансирования здравоохранения, возрастает роль неправительственных источников; - реформа и приватизация систем здравоохранения: привели к повышенным нагрузкам МПСЗ, снижение или замораживание и без того низкой заработной платы, сокращение рабочих мест. При растущей конкуренции между общественным и частным сектором здравоохранения МПСЗ уходят из общественного сектора или во всё большей степени начинают совмещать работу в двух секторах, чтобы хоть как-то сводить концы с концами. Это обостряет проблемы доступности ПМСП, в т.ч. проблему качества и безопасности. <p><i>Научно-исследовательская деятельность и укрепление потенциала:</i></p> <p>Необходимость научных исследований и расширения базы данных для осуществления практики и разработки политики. Необходимо создать структуру для систематического выявления и пересмотра данных об эффективных сестринских и акушерских службах, особенно в приоритетных областях здравоохранения</p> <p>Основными препятствиями по-прежнему остаются недостаточные финансовые ресурсы для проведения исследований в области сестринских и акушерских услуг, отсутствие исследовательских организаций и сетей и</p>	
--	---	--

		<p>недостаточный доступ к базовой технологии, особенно в развивающихся странах (ВОЗ, 2001 г.).</p> <p>1. Предприятия первые шаги по укреплению научно-исследовательского потенциала сестринского и акушерского персонала посредством включения исследовательских курсов в учебные планы двух последних лет обучения, координация обучения в процессе работы и оказания поддержки исследовательским сообществам.</p> <p>2. Кроме того, необходимы механизмы для содействия интеграции данных об эффективных сестринских и акушерских службах в политику и практику. Развитие издательского дела, увеличение количества национальных журналов, расширение доступа к технологии и содействие переводу и адаптации новых данных к различным контекстам в области культуры, медико-санитарной помощи и принятия решений.</p>	
4	<p>Европейская стратегия ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок. – ВОЗ, Женева, 2000 г.</p>	<p><i>Потребность в стратегии.</i></p> <p><i>Цели и задачи стратегии.</i></p> <p>Основная цель стратегии - определить фундаментальные принципы начальной (базовой) подготовки МПСЗ с учетом его воздействия на непрерывное обучение.</p> <p>8 руководящих принципов должны пересматриваться и обновляться на регулярной основе.</p> <p>Стратегия не сводится только к изменению учебных программ. Она подразумевает фундаментальные изменения в роли МПСЗ для приближения к целям ЗДВ. К этому процессу необходимо привлечь министерства здравоохранения и образования, законодательные и регулирующие органы, которые устанавливают правила и положения в области обучения и подготовки по сестринскому делу и акушерству, профессиональных работников здравоохранения и членов местного сообщества, включая пациентов.</p> <p><i>Анализ ситуации.</i></p> <p><i>Роль и функции медицинских сестер и акушерок:</i></p> <p>Медицинская сестра – это лицо, которое в соответствии с установленными правилами было принято на курс обучения по признанной в данной стране программе по сестринскому делу и, успешно и полностью завершив данный курс, приобрело квалификацию, необходимую для получения официального</p>	<p>Дано обоснование разработки стратегии подготовки МПСЗ.</p> <p>Определены цель, задачи и 8 руководящих принципов стратегии.</p> <p>Подчеркнуто, что стратегия не сводится только к изменению учебных программ, т.к. она подразумевает фундаментальные изменения в роли МПСЗ для приближения к целям ЗДВ.</p> <p><i>Определены роль и функции медицинских сестер и акушерок. Даны определения медицинской сестры и акушерки с точки зрения необходимой подготовки. Их функции даны в расплывчатой форме и не классифицированы.</i></p> <p>Дано определение СД.</p>

	<p>разрешения и/или лицензии на осуществление сестринской практики. Ее функции.</p> <p>Сестринское дело – это и искусство, и наука, и оно требует понимания и применения на практике специфических для этой отрасли знаний и навыков, которые во всех возможных случаях должны быть основаны на научных исследованиях и фактических данных. В своей работе медицинские сестры используют знания и методы, взятые из гуманитарных, физических, биологических и поведенческих наук, а также из теории управления и менеджмента и теории обучения.</p> <p>МПСЗ должны иметь ряд общих навыков и умений, необходимых для оказания пациентам медицинской помощи приемлемого качества. 5 ролей МПСЗ (<i>оказывающего медицинскую помощь, принимающего решения, пропагандиста, общественного лидера, менеджера</i>).</p> <p><i>40 фундаментальных принципов программ начальной подготовки МПСЗ:</i></p> <p>4. Основной акцент в программах обучения по СД следует поставить на человеке, независимо от того, здоров он или болен, учитывая при этом то большое значение для жизни и здоровья людей, которое имеют условия их жизни и работы, их семьи и партнеры, а также их принадлежность к той или иной социальной группе и сообществу.</p> <p>5. Одним из элементов обучения по СД должно быть междисциплинарное и многопрофессиональное сотрудничество, что будет способствовать как обеспечению эффективной бригадно-групповой работы, так и повышению экономической эффективности медицинского обслуживания.</p> <p>18. Программы обучения по СД должны быть официально аккредитованы, подвергаться регулярному обзору и иметь жизнеспособные системы оценки и улучшения/контроля качества на местном и национальном уровнях.</p> <p>21. Обучение по СД (как по теоретическим, так и по практическим аспектам) должно осуществляться квалифицированной медсестрой, а обучение по акушерству – квалифицированной акушеркой.</p> <p>31. Содержание учебной программы должно основываться на результатах научных исследований и фактических данных и соответствовать приоритетам в области здравоохранения, а также эпидемиологическим, демографическим и социально-культурным условиям каждого конкретного государства-члена.</p> <p>37. Следует планировать и осуществлять на регулярной основе оценку всех</p>	<p>включающее необходимые знания и навыки из определенных наук. Данная терминология не определяет сферу деятельности СД, место и роль в здравоохранении.</p> <p>Определено 5 ролей МПСЗ (<i>оказывающего медицинскую помощь, принимающего решения, пропагандиста, общественного лидера, менеджера</i>), которые можно, на наш взгляд, выразить еще более емко: <i>оказывающего медицинскую помощь, менеджера, обучающего и пропагандиста.</i></p> <p>Определены 40 фундаментальных принципов и условий программ начальной подготовки МПСЗ.</p>
--	--	--

		<p>аспектов учебной программы.</p> <p>38. Должны быть подготовлены четко определенные и количественно измеримые стандарты и результаты обучения, что будет способствовать проведению объективной его оценки.</p> <p>39. Необходимо осуществлять аудиты мест прохождения учебной практики, с тем чтобы они соответствовали приемлемым стандартам мест обучения медицинских сестер и акушерок.</p> <p>Глоссарий.</p>	
5	Программа развития Сестринского дела в РФ на 2010-2020 годы	<p>Цель Программы: Создание правовых, организационных, экономических и методических условий развития сестринского дела в РФ как одного из звеньев системы здравоохранения, рациональное использование которого ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов здравоохранения, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.</p> <p>Задачи Программы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развитие кадровой политики и ресурсного обеспечения развития сестринского дела в РФ; 2) совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей роль и функции (характеристику правового статуса) специалистов сестринского дела в системе Российского здравоохранения; 3) развитие государственной и общественной системы управления сестринской деятельностью в соответствии с едиными целями и задачами развития здравоохранения; 4) стандартизация и развитие современных технологий сестринской деятельности; 5) совершенствование системы непрерывного и многоуровневого профессионального образования; 6) формирование единой информационной среды отрасли, включая систему профессионального образования, путем применения информационных и телекоммуникационных систем и технологий; 7) обеспечение управления сферой научной деятельности в области сестринского дела. 	<p>Цель Программы, на наш взгляд, представлена четко, можно было ограничиться первой половиной предложения.</p> <p>Представлено 7 задач Программы (кадры, НПА, система управления, стандартизация и технологии, образование, информатизация, наука).</p> <p>В самой Программе кратко представлена и Концепция развития СД в РФ (цель, 14 задач), отличающаяся от Программы длительностью реализации. Концепцию, на наш взгляд, необходимо исключить из Программы, и расширить, включив ожидаемые результаты, основные мероприятия.</p> <p>Следует отметить и отсутствие индикативного подхода при разработке данной Программы, что необходимо</p>

		<p>Ожидаемые результаты: Подготовка НПА, регламентирующей деятельность МПСЗ и определяющих дифференцированную нагрузку на сестринский персонал, разработка и внедрение новых сестринских технологий ухода и вида сестринской помощи. Разработка профессиональных стандартов и порядков оказания доврачебной медицинской помощи МПСЗ, информатизация деятельности МПСЗ и внедрение информационной системы персонифицированного учета МП. Формирование интегративной системы непрерывной подготовки кадров, основанной на единой кадровой политике. Внедрение программы технологий профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний и патологических состояний для МПСЗ. Создание системы социальной защиты МПСЗ, стандартизация деятельности МПСЗ. Компьютеризация рабочих мест, создание федеральной базы данных по используемым сестринским технологиям, стандартизация и информатизация деятельности МПСЗ с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения. <i>Концепция развития СД в РФ (цель, 14 задач).</i></p>	для проведения оценки ее результативности.
6	Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2009-2014 годы	<p>Цель концепции: развитие и совершенствование сестринского дела в Республике Беларусь, повышение эффективности и усиление роли сестринского персонала в оказании первичной медико-санитарной помощи населению.</p> <p>Задачи концепции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) создание условий для развития и совершенствования СД; 2) совершенствование системы управления сестринской деятельностью; 3) создание отечественной модели развития сестринского дела; 4) совершенствование системы подготовки, повышения квалификации и использования сестринских кадров в соответствии с полученным уровнем образования; 5) развитие новых организационных форм и технологий сестринской деятельности, расширение видов и объемов сестринской помощи; 6) увеличение объема профилактической деятельности сестринского 	<p>Концепция разработана, на наш взгляд, на слишком короткий (5 лет) период, в то время как само название концепции предполагает направление для реализации мероприятий или программ на более длительный период.</p> <p>Цель концепции определена четко, это развитие и совершенствование сестринского дела и усиление роли МПСЗ в ПМСП.</p> <p>Выделены 9 задач (условия</p>

	<p>персонала;</p> <p>7) обеспечение развития научных исследований в сестринском деле;</p> <p>8) повышение профессионального и социального статуса сестринского персонала;</p> <p>9) содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечение их к реформированию сестринского дела.</p> <p>Основные понятия, используемые в Концепции:</p> <p>Сестринское дело - это составная часть системы здравоохранения, направленная на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды. Сестринское дело включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, участию в лечебно-диагностическом процессе, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и (или) психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп.</p> <p><i>Реализация Концепции основана на принципах:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - профилактическая направленность, укрепление здоровья и повышение качества жизни; - эффективное использование трудовых, материальных и экономических ресурсов; - обеспечение качества сестринской помощи населению; - активное участие населения в решении вопросов здравоохранения. <ol style="list-style-type: none"> 1. Основные направления деятельности сестринского персонала 2. Совершенствование организации работы сестринского персонала 3. Совершенствование кадровой политики 4. Совершенствование профессионального образования и развитие научных исследований в сестринском деле 5. Взаимодействие с общественными организациями, развитие международного сотрудничества. <p><i>Ожидаемые конечные результаты реализации концепции:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - совершенствовать систему управления сестринским персоналом; - развить новые организационные формы и технологии сестринской помощи; - обеспечить качество сестринской помощи; 	<p>для развития СД, управление, модель развития СД, образование, технологии и расширение сестринской помощи, профилактика, наука, профессиональный и социальный статус, ассоциации).</p> <p>Следует отметить, что далее в тексте Концепции из 9 дается описание только 5 задач. При этом они раскрыты не полностью, так, нет их содержания, не представлены мероприятия по достижению этих задач и ожидаемые результаты.</p> <p>Дано понятие СД как составной части системы здравоохранения, но, поскольку в понятии нет ни слова о МПСЗ, это понятие вполне применимо и для врачей, и для других сфер здравоохранения.</p> <p>Представлены 4 принципа эффективной реализации Концепции. На наш взгляд, среди них отсутствует самый важный принцип: политическая поддержка реформ в СД. Соответственно этому принципу должна быть выделена задача совершенствования НПА СД.</p>
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - повысить профессиональный и социальный статус профессии; - обеспечить социальную защищенность персонала; - совершенствовать многоуровневую подготовку специалистов сестринского дела; - удовлетворить потребности практического здравоохранения и спрос населения на доступную и эффективную медицинскую помощь, оказываемую специалистами сестринского дела; - рационально использовать кадровые и финансовые ресурсы; - провести реструктуризацию учреждений здравоохранения с привлечением сестринского персонала и увеличение профилактической направленности медицинской помощи. 	<p>Ожидаемые конечные результаты реализации концепции представлены также нечетко.</p> <p>Следует отметить и отсутствие индикативного подхода при разработке данной Программы, что необходимо для проведения оценки ее результативности.</p>
7	Концепция развития сестринского дела в Республике Казахстан на 2014-2020 годы	<p>Ожидаемые результаты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение эффективности и результативности использования человеческих и финансовых ресурсов в образовании и практике сестринского дела; 2) достижение соответствия функционирования системы сестринского образования, науки и практики Европейским директивам; 3) реорганизация системы образования по сестринскому делу в соответствии с международными требованиями для подготовки специалистов сестринского дела, компетенции которых конкурентоспособны на рынке труда; 4) гибкая система образования по сестринскому делу, поддерживающая разные траектории карьеры в соответствии с потребностями системы здравоохранения; 5) усиление человеческого и институционального потенциала медицинских колледжей и вузов; 6) утверждение независимой роли специалиста сестринского дела в качестве равноправного партнера врача на всех уровнях системы здравоохранения; 7) признание значительной роли специалистов сестринского дела как основной силы в рамках первичной медико-санитарной помощи и развития самоконтроля пациентов с повышением солидарной ответственности населения за свое здоровье. <p>Цель: Повышение эффективности функционирования системы</p>	<p>Из ожидаемых результатов:</p> <p>п. 1 не поддается измерению;</p> <p>пп. 2-5 можно было бы объединить;</p> <p>п. 6 для исключения недопонимания и разночтения все работников здравоохранения можно было бы дать в следующем виде «утверждение специалиста сестринского дела в качестве равноправного партнера врача на всех уровнях системы здравоохранения»;</p> <p>п. 7 не признание значительной роли специалистов СД, а расширение вклада МПСЗ в развитие ПМСП.</p> <p>Цель смкая с ясной формулировкой.</p> <p>Задачи:</p>

	<p>здравоохранения РК путем реформы сестринского дела и создания специалиста сестринского дела новой формации в соответствии с современными вызовами общества и международными требованиями.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Внедрение новых компетенций и ролей специалистов сестринского дела в системе здравоохранения. 2) институциональное развитие медицинских колледжей и университетов в соответствии с потребностями реформы сестринского дела. 3) создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития системы сестринского дела. 4) маркетинг и повышение осведомленности о реформе сестринского дела для формирования позитивного образа новой профессии медсестры. 5) разработка и внедрение механизмов координации реформы сестринского дела в республике. <p>1. Внедрение новых компетенций и ролей специалистов сестринского дела в системе здравоохранения. Ожидаемые результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - В медицинских организациях созданы системы менеджмента сестринского дела в соответствии с международными стандартами. - Организационные структуры медицинских организаций построены на основе параллельных равноправных структур, в которых главный врач контролирует работу врачей, а главная медсестра контролирует работу всех медсестер с разными уровнями образования, без непосредственного подчинения медсестер врачам. Медсестры и врачи работают равноправно и независимо в рамках своих полномочий, неся коллективную ответственность за деятельность межпрофессиональной команды. - Медсестры с разными уровнями образования охватывают все уровни должностей работников здравоохранения. - К должностям руководителя относятся главная медсестра и старшая медсестра, которые должны обладать минимум степенью бакалавра сестринского дела и стажем не менее 3 лет. Для работы главной медсестры требуется пройти дополнительное повышение квалификации по менеджменту сестринского дела. - В номенклатуре должностей работников здравоохранения введена новая должность медицинской сестры с высшим сестринским образованием, 	<p>п. 1. На наш взгляд должно быть: «Расширение границ сестринской практики и повышение ответственности специалистов СД», а далее по тексту на основе «внедрения новых компетенций и ролей специалистов СД в системе здравоохранения».</p> <p>п. 2. На наш взгляд должно быть «Совершенствование сестринского образования на основе внедрения компетентного подхода, укрепления ресурсной базы медицинских образовательных учреждений, аккредитации образовательных программ и клинических баз и др. (в соответствии с Европейской стратегией ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок (2000 г.).</p> <p>п. 3. На наш взгляд должно быть «создание научной основы для укрепления сестринского образования и сестринской практики».</p> <p>п. 4. На наш взгляд первую часть можно удалить и оставить «формирование позитивного образа специалиста СД» потому, что маркетинг и повышение осведомленности</p>
--	---	---

	<p>которая обладает полномочиями и ответственностью за независимое принятие клинических решений по сестринскому уходу по всем этапам сестринского процесса, ведет независимую сестринскую документацию, зарегистрирована в регистре медсестер с высшим образованием.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Повышение уровня образования медсестер, фельдшеров и акушерок после окончания колледжа до уровня прикладного бакалавриата с созданием гибких образовательных траекторий с признанием предшествующего опыта. - В медицинской организации главная медсестра несет ответственность за разработку и внедрение рабочих стандартов сестринского ухода организации, основанных на доказательных сестринских руководствах и/или результатах, полученных в результате проведения прикладного исследования или проекта развития в сестринском деле. - В организациях уровня ПМСП организован индивидуальный прием больных медсестрой уровня прикладного или академического бакалавра в общей практике, а также по приоритетным нозологиям (диабет, астма, артериальная гипертензия и т.д.). - Главная медсестра и старшие медсестры совместно с главным врачом и заведующими отделений планируют зоны функциональной ответственности, осуществляемой в рамках индивидуального приема больных медсестрой уровня прикладного или академического бакалавриата. - Главная медсестра и старшие медсестры направляют медсестер уровня прикладного и академического бакалавриата на прохождение специализированных обучающих программ, необходимых для организации независимого от врача индивидуального приема больных медсестрой уровня прикладного или академического бакалавра в общей практике и по различным нозологиям. - Главная медсестра и старшие медсестры ответственны за официальный допуск и предоставление внутренней лицензии медицинской организации на осуществление разных видов сестринского ухода медицинским сестрам, действующим в рамках данной медицинской организации. - Врачи выполняют только квалифицированную врачебную работу и не занимаются контролем медсестер. - Работодатели и общество готовы к новым ролям и компетенциям медсестер. 	<p>являются инструментами по реализации этой задачи.</p> <p>п. 5 На наш взгляд должно быть «внедрение механизмов управления и координации сестринского дела».</p> <p>По ожидаемым результатам в подглавах Концепции:</p> <p>п.1.1. Непонятно, что за системы менеджмента СД в соответствии с международными стандартами, которых мы не обнаружили.</p> <p>п.1.2. На практике нереально отсутствие «непосредственного подчинения медсестер врачам». Эту часть формулировки необходимо удалить.</p> <p>п. 1.5. В названии должности не должно указываться на уровень образования. Может все-таки лучше остановиться на названии должности «медсестра-менеджер»?</p> <p>п. 1.7 Разве стандарты сестринского ухода не должны быть едиными на территории РК? И по аналогии со стандартами врачебной практики утверждаться в МЗ РК.</p>
--	--	---

	<p>Разрабатываемые НПА: номенклатура должностей работников здравоохранения, Квалификационные характеристики должностей работников здравоохранения, Национальные стандарты аккредитации ОЗ, сестринская документация, профессиональные стандарты, правила лицензирования/сертификации, регистр специалистов СД.</p> <p><u>Индикаторы:</u></p> <p>2. Институциональное развитие медицинских колледжей и университетов в соответствии с потребностями реформы сестринского дела. Ожидаемые результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разработана образовательная программа прикладного бакалавриата согласно международным стандартам. - Функционируют гибкие траектории прикладного бакалавриата с признанием предшествующего обучения, чтобы обеспечить возможность медсестрам уровня технического и профессионального образования освоить программу прикладного бакалавриата. - Минимум 6 медицинских колледжей Казахстана внедрили образовательные программы прикладного бакалавриата и реорганизованы в Высшие сестринские школы. - Внесены изменения в образовательную программу университетского бакалавриата по специальности «сестринское дело» в соответствии с европейскими директивами. - Для реализации новых образовательных программ по сестринскому делу усилен потенциал сотрудников колледжей и вузов, повсеместно осуществляется тесное взаимодействие со всеми заинтересованными лицами (власти, работодатели, общество) по новым ролям и профессии медсестер. - 90% преподавателей сестринского дела в колледжах и вузах обладают дипломами по сестринскому делу. - 100% преподавателей сестринского дела в колледжах и вузах прошли педагогическую подготовку в рамках нового ГСДО «Преподаватель сестринского дела». - Минимум 500 преподавателей сестринского дела с дипломом бакалавра по медицине прошли научно-педагогическую магистратуру по специальности «сестринское дело», в образовательной программе которой значительную долю занимает клиническое сестринское дело, доказательная сестринская 	<p>п. 1.9. Зоны функциональной ответственности ПМСЗ должны быть регламентированы НПА, а не руководством ОЗ.</p> <p>п. 1.10 совершенно излишен, т.к. это входит в функциональные обязанности руководителей сестринских служб.</p> <p>п. 1.11 Зачем внедрять систему внутреннего лицензирования, когда реализация разных видов сестринского ухода должна быть регламентирована НПА.</p> <p>п. 1.12 Не реален, т.к. в данном случае исключается бригадный принцип работы.</p> <p>п. 1.13 Не корректен, не измерим, т.к. готовность к внедрению определяется совершенством и полнотой НПА.</p> <p><u>В разрабатываемых НПА по задаче №1 не хватает Номенклатуры медицинских специальностей и Квалификационных характеристик медицинских специальностей.</u></p> <p>п 2.6 Не осуществима его реализация и непонятно как педагоги медколледжей и вузов</p>
--	--	--

	<p>практика, менеджмент в сестринском деле, наука и педагогика.</p> <ul style="list-style-type: none"> - В области сестринского образования функционирует эффективная клиническая практика в стационарах, поликлиниках и других рабочих местах с обеспечением механизма функционирования системы наставничества и разделением ответственности между студентом, организацией образования и клинической базой. - В соответствии с потребностями реформы сестринского дела разработаны новые учебники и учебные материалы, современная образовательная среда. - Отечественные и международные эксперты, вовлеченные в аккредитацию медицинских колледжей и вузов, прошли обучение вопросам аккредитации в соответствии с руководствами по аккредитации по сестринскому делу. - Все медицинские вузы и колледжи в РК прошли аккредитацию, сертификацию по системе менеджмента качества и функционируют в соответствии с установленными политиками качества. <p><u>Разрабатываемые нормативно-правовые документы:</u> ГОСО прикладного бакалавриата, ГСДО «Преподаватель сестринского дела», ГОСО университетского бакалавриата по специальности «сестринское дело».</p> <p>3. Создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития системы сестринского дела. Ожидаемые результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Создан Экспертный Комитет по исследованиям в сестринском деле. - В РК ежегодно осуществляются минимум 10 научно-исследовательских проектов по сестринскому делу с суммарным объемом финансирования не менее 20 млн тенге. - Минимум 20 публикаций в мировой базе Scopus опубликованы казахстанскими исследователями в области сестринского дела. - Основан Национальный журнал по доказательному сестринскому делу, публикующий доказательную сестринскую информацию и результаты исследований в сестринском деле. - Отработана процедура разработки, внедрения, мониторинга исполнения и пересмотра доказательных сестринских руководств. - В процессе разработки доказательных сестринских руководств вовлечены 	<p>смогут получить такой диплом. Объем выпускников с таким дипломом не сможет обеспечить всю потребность в педагогах СД. Возможно речь идет о специализации или повышении квалификации по данной дисциплине?</p> <p>п. 2.8 не реалиен, исходя из факта, что за год в РК готовится 120 бакалавров СД, а количество мест в магистратуре не превышает 20-25 в год.</p> <p>Разрабатываемые нормативно-правовые документы: необходимо пересмотреть все действующие ГОСО на предмет соответствия международным требованиям.</p> <p>Ожидаемые результаты внедрения задач №3-5 представлены в полном объеме.</p> <p>По всем задачам перечень ключевых индикаторов не в полной мере представляют ожидаемые результаты.</p> <p>Следует отметить, что для реализации данной концепции необходимо разработать Программу, в которой по аналогии с Госпрограммой «Саламатты Қазақстан» индикаторы реализации должны быть представлены в</p>
--	---	---

	<p>минимум 10 экспертов со специальным образованием по разработке доказательных сестринских руководств.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Опубликованы минимум 10 доказательных сестринских руководств по ПМСП и 30 доказательных сестринских руководств по клинической деятельности. - В рамках дополнительного образования проводится обучение в рамках ГСДО «Доказательная сестринская практика и исследования в сестринском деле». - Пересмотрены с учетом международных требований и потребностей реформы сестринского дела образовательные стандарты магистратуры по специальности «Сестринское дело». <p>4. Маркетинг и повышение осведомленности о реформе сестринского дела для формирования позитивного образа новой профессии медсестры. <u>Ожидаемые результаты:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Все выпускники прикладного и университетского бакалавриата по сестринскому делу могут трудоустроиться в соответствии со своей специальностью и уровнем образования в рамках новых компетенций и ролей медсестер. - Все выпускники магистратуры по сестринскому делу могут трудоустроиться в соответствии со своей специальностью и уровнем образования в рамках новых компетенций и ролей медсестер. - Хорошее количество абитуриентов с необходимым уровнем поступают на образовательные программы сестринского дела разных уровней. - Минимум 30% населения осведомлены о реформе сестринского дела и новом статусе медсестры. - Минимум 30% работодателей удовлетворены новыми компетенциями и ролями медсестер в рамках реформы сестринской службы. - Минимум 30% медсестер удовлетворены перспективами профессии. <p>5. Разработка и внедрение механизмов координации реформы сестринского дела в республике. <u>Ожидаемые результаты:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Во всех территориальных управлениях здравоохранения введены штатные специалисты по сестринскому делу, созданы региональные координационные советы по сестринскому делу. 	<p>цифровом значении, включая начальные данные (на конец 2013 г.) и по годам реализации концепции.</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Создана Национальная Ассоциация медсестер Казахстана, объединяющая региональные ассоциации во всех регионах страны, функционирующая в соответствии с нуждами здравоохранения республики, международными концепциями, опытом работы аналогичных организаций за рубежом. - Республиканский медицинский колледж, как единственный медицинский колледж республиканского значения, подлежит обязательной реорганизации в Республиканскую Высшую Школу Сестринского Дела, выступает в качестве координатора реформы сестринского дела и является центром проведения исследований, предварительного тестирования инноваций и концепций для их внедрения в практику медицинских колледжей, вузов и медицинских организаций Казахстана. - Работодатели, медсестры и преподаватели сестринского дела удовлетворены эффективностью координации реформы сестринской службы минимум на 30 %. 	
--	---	--