ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Абдрахманова А. 1, Калиева М. 1, Байгожина З. 1, Хандиллаева Б. 1, Кабдрахманова Н. 1*

Республиканский центр развития здравоохранения

Медицинские сестры (МС) – самый многочисленный штат сотрудников в системе здравоохранения. Обеспеченность населения средними медицинскими работниками (СМР) по данным отчетной формы 30 неуклонно растет, как в целом по организациям здравоохранения РК, так и в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (рис. 1).



Рис. 1. Показатель обеспеченности СМР на 10 тыс. населения

в динамике с 2004 по 2013 гг.

С 2004 по 2013 гг. рост обеспеченности средними медицинскими работниками увеличился в 1,2 раза – с 54 до 67 занятых должностей на 10 тыс. населения Республики Казахстан (РК) (табл. 1).

Средняя обеспеченность СМР по республике с 2009–2013 гг. (65,6) увеличилась по сравнению с 2004–2009 гг. (58,0) на 7,6 и превысила средний показатель Израиля, где обеспеченность сестринским персоналом составляет 62 на 10 тыс. населения, но остается ниже показателей Российской Федерации (85), Германии (80), в 1,5 раза уступает средней обеспеченности медсестринскими кадрами США (94) и Люксембурга (96), в 2,4–3,2 раза – Нидерландам (146), Норвегии (162) и Ирландии (195) [1].

Несмотря на рост числа занятых должностей СМР, нехватка их ощущается практически в каждом регионе республики и в каждой отрасли здравоохранения. В большинстве регионов республики, в том числе в г. Алматы обеспеченность СМР на 10 тыс. населения ниже средней по республике (65,5) и лишь в г. Астане и Кызылординской области на 10 тыс. населения приходится более 80 СМР, а в Павлодарской, Жамбылской, ЗКО и СКО сопоставима со средней обеспеченностью по республике (рис. 2).

Таблица 1 Обеспеченность СМР на 10 тыс. населения РК с 2004 по 2013 гг.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Обеспеченность СМР на 10 тыс. населения РК |
| по РК | на ПМСП |
| 2004г. | 54,3 | 21,7 |
| 2005г. | 55,6 | 22,5 |
| 2007г. | 59,1 | 25,2 |
| 2008г. | 60,2 | 26,3 |
| 2009г. | 61,1 | 27,1 |
| Средняя с 2004 г. по 2009 г. | 58,0 | 24,5 |
| 2010г. | 62,6 | 27,4 |
| 2011г. | 66,1 | 30,9 |
| 2012г. | 67,0 | 33,1 |
| 2013г. | 66,5 | 32,5 |
| Средняя с 2010 г. по 2013 г. | 65,6 | 27,4 |



Рис. 2. Обеспеченность врачами и СМР регионов республики

на 10 тыс. населения

Нехватка медсестринских кадров отражается и на соотношении врач/МС, который по всем регионам республики, включая гг. Астана и Алматы, ниже рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) – 1:4 (табл. 2).

При этом самое низкое соотношение врач/СМР по г. Астане (1:1,72), что, по всей видимости, объясняется вводом в эксплуатацию новых объектов здравоохранения большой мощности. Наиболее высокая обеспеченность СМР (более 1:3,0) по отношению к врачам отмечается в Мангыстауской, Жамбылской, СКО и ЗКО. Соотношение врач/СМР в Кызылординской области (1:3,6) приближается к показателю, рекомендованному ВОЗ (1:4,0). В среднем по республике соотношение врач/СМР по сравнению с 2007 годом (1:1,95) увеличилось и составило 1:2,8.

Таблица 2

Показатели обеспеченности врачами, СМР на 10 тыс. населения и их соотношение по регионам РК (данные 2013 г.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регионы РК | Обеспеченность врачами и СМР на 10 тыс. населения | Соотношение врач/СМР |
| Врачи | СМР |
| Астана | 49 | 84 | 1,72 |
| Алматы | 25 | 49 | 1,99 |
| Актюбинская область | 26 | 57 | 2,18 |
| Карагандинская область | 25 | 60 | 2,46 |
| Павлодарская область | 27 | 68 | 2,52 |
| Южно-Казахстанская область | 23 | 58 | 2,50 |
| Восточно-Казахстанская область | 23 | 60 | 2,64 |
| Атырауская область | 20 | 58 | 2,83 |
| Алматинская область | 17 | 50 | 2,85 |
| Акмолинская область | 26 | 77 | 3,02 |
| Костанайская область | 18 | 55 | 3,04 |
| Мангыстауская область | 20 | 62 | 3,09 |
| Жамбылская область | 22 | 69 | 3,17 |
| Северо-Казахстанская область | 21 | 66 | 3,22 |
| Западно-Казахстанская область | 22 | 74 | 3,39 |
| Кызылординская область | 24 | 85 | 3,57 |

Чем ниже обеспеченность медсестринскими кадрами, чем ниже соотношение врач/СМР, тем больше непрофессиональной нагрузки переходит в компетенцию врачей. Таким образом, падает не только профессиональный престиж, но и социальный статус, как врача, так и медицинской сестры.

Между тем, сравнительный анализ обеспеченности СМР стационаров и ПМСП показал, что во всех регионах РК и гг. Астана и Алматына ПМСП соотношение врач/СМР ниже, чем в стационарах в 1,1–1,6 раза. Исключение составила Кызылординская область, где соотношение врач/СМР в стационарах ниже, чем на ПМСП в 1,5 раза (рис. 3).

Такое распределение СМР между ПМСП и стационарами ведет к увеличению нагрузки участковых врачей и, как следствие, к снижению качества медицинского обслуживания пациентов. Успешная же деятельность первичного звена медико-профилактической помощи, в первую очередь, должна зависеть от качественной работы и компетентности СМР. Дефицит СМР в стационарах напрямую сказывается на росте внутрибольничной инфекции, пневмоний, инфекций мочеполовой системы и др. [2].

Причины нехватки СМР разные, это и низкая заработная плата, порой, большой объем работы, часто не соответствующий уровню квалификации, в некоторых случаях – монотонная, рутинная работа (раскладка и раздача лекарственных препаратов, подклеивание анализов в медицинские документы и др.), не требующая специального и длительного обучения в медицинских колледжах.



Рис. 3. Соотношение врач/МС по регионам РК

За годы Советской власти медицинская сестра стала простым исполнителем, помощником врача, неукоснительно (слепо) выполняющим его назначения и указания. К сожалению, медицинские сестры утратили самостоятельность, нет в их работе творческого, аналитического и научного подхода. Главной причиной этого является низкий уровень профессиональной компетентности медицинских сестер.

И, тем не менее, основная причина нехватки и оттока из здравоохранения медсестринских кадров кроется в снижении престижа когда-то милосердной сестры, а сама медицинская сестра не вызывает доверия у пациента.

Великий древнегреческий врач Гиппократ утверждал: «Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного». Сегодня, спустя 2,5 тысячи лет, этот афоризм не актуален без добавления четвертой составляющей – медицинской сестры [3].

Основоположниками современного сестринского дела были англичанка Флоренс Найтингейл, русская девушка Даша Севастопольская, которые организовали помощь раненным солдатамво время Первой Севастопольской обороны. В 1899 году, при активной деятельности и поддержке медицинских сестер Англии, США, Канады была создана первая в мире профессиональная организация женщин, тогда же на конференции в Лондоне было предложено организовать подготовку кадров среднего и младшего медперсонала [4].

В конце 1920-х годов первая женщина-казашка, получившая высшее медицинское образование Аккагаз Досжанова с подругой и коллегой открыла курсы медицинских сестер для казахских женщин и девушек.

Нельзя забывать, что 300 тыс. медицинских сестер и более 500 тыс. сандружинниц рискуя жизнью, под огнем оказывали помощь раненым, выносили их с поля боя. Во время войны погибли и пропали без вести более 85 тыс. медиков, среди которых 9 тыс. медицинских сестер [5].

Сегодня сестринское дело в Казахстане развивается как самостоятельная дисциплина, однако все больше основываясь на опыте зарубежных стран и соблюдении собственного менталитета, зачастую не имея научной базы [6].

Вместе с тем, Казахстан был первой республикой на постсоветском пространстве, где была внедрена многоуровневая программа подготовки специалистов сестринского дела. В 1994 году в Алматы был организован институт «Эмили» по подготовке медицинских сестер с высшим образованием и менеджеров сестринского дела.

Глобальные перемены в области сестринского образования продолжаются. Многие функциональные обязанности в области диагностики и лечения, которые ранее вменялись только врачам, передаются медицинским сестрам, получившим высшее сестринское образование. На МС с высшим образованием возлагается ответственность за принятие решения при самостоятельном посещении пациента, создаются фельдшерские бригады, выезжающие на вызов без врача.

От компетентности медицинских сестер, умения проявить инициативу, своевременно выявить первые симптомы и признаки зависит ранняя диагностика и профилактика заболеваний. Такие задачи здравоохранения, как формирование культуры здоровья, пропаганда здорового образа жизни, решение медико-социальных проблем должны быть в полной компетенции СМР.

Средних медицинских работников, в первую очередь получивших образование в области менеджмента сестринского дела, надо шире привлекать к административно-управленческой деятельности, дать им статус самостоятельных профессионалов по примеру некоторых европейских стран и США, «…поощрять и поддерживать назначение сестринского и акушерского персонала на высшие руководящие и административные должности и содействовать их участию в планировании и осуществлении мероприятий в области здравоохранения на национальном уровне» (резолюция Ассамблеи ВОЗ, 1989) [7].

Задача медицинских колледжей – повысить качество подготовки средних медицинских работников, готовых взять на себя большую долю диагностических и лечебных услуг, ранее вменявшихся в обязанности врачей, вести активный диалог, установить доверительные отношения с пациентами и его родственниками, проявлять инициативу, предупреждать развитие тяжелых ситуаций для здоровья, быть привлекательными для пациентов.

Таким образом, чтобы поднять престиж СМР необходимо:

1. Формировать новую генерацию медицинских сестер – бакалавры сестринского дела, медицинские сестры с высшим образованием, менеджеры сестринского дела.

2. Активно привлекать менеджеров сестринского дела к управленческой деятельности, назначать на высшие руководящие и административные должности.

3. Рационально использовать и расширить полномочия СМР, увеличить долю их услуг.

4. Формировать корпоративную культуру медицинской сестры, врача/СМР.

5. Шире привлекать и поощрять участие МС в выполнении научно-исследовательских проектов.

Пристатейные списки литературы

1. Программа развития сестринского дела до 2020 года в России.

2. Stanton M.W., Rutherford M.K. Hospital nurse staffing and quality of care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Research in Action Issue 14. AHRQ Pub. No. 04-0029.

3. На сайте: http://house.jofo.ru/251956.html.

4. Медицинские работники, награжденные медалью Ф. Найтингейл, участники ВОВ. Калуга, 2010 г. ГОУ «Калужский Базовый Медицинский Колледж»: http://otherreferats.allbest.ru/medicine/00053225\_0.html.

5. Вишневский Н.А. Советские медики в дни Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – Л., 1990. – С. 21–22.

6. Бурибаева Ж.К. Теоретические и методологические основы развития сестринского дела на уровне первичной медико-санитарной помощи. Автореферат дисс. На соискание ученой степени доктора мед. наук. Алматы, 2008.

7. Камынина Н.Н. Анализ зарубежных систем подготовки управленческих кадров сестринских служб // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 3 (58). – С. 11–16.