

УДК 614.2 (5каз)

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

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

Республиканский центр развития здравоохранения, Астана, e-mail:rdrc@mail.ru

Одна из главных проблем современного казахстанского здравоохранения – дефицит кадров средних медицинских работников, падение престижа специальности, что сказывается на качестве оказания медицинских услуг. В статье предлагаются некоторые пути решения данной проблемы.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, медицинские сестры, соотношение врач/медицинская сестра

PROBLEMS OF NURSES AND WAY OF THEIR DECISION IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Abdrakhmanova A., Kalieva M., Baigozhina Z., Handillaeva B., Kabdrakhmanova N.

Republican Center for Health Development, Astana, e-mail:rdrc@mail.ru

One of the main problems of modern Kazakhstan health care – staff deficit of average medical workers, falling of prestige of specialty that affects quality of rendering medical services. In article some solutions of this problem are offered.

Keywords: average medical personnel, nurses, ratio doctor/nurse

Медицинские сестры (МС) – самый многочисленный штат сотрудников в системе здравоохранения. Обеспеченность населения средними медицинскими работниками (СМР) по данным от-

четной формы 30 неуклонно растет, как в целом по организациям здравоохранения РК, так и в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (рис. 1).

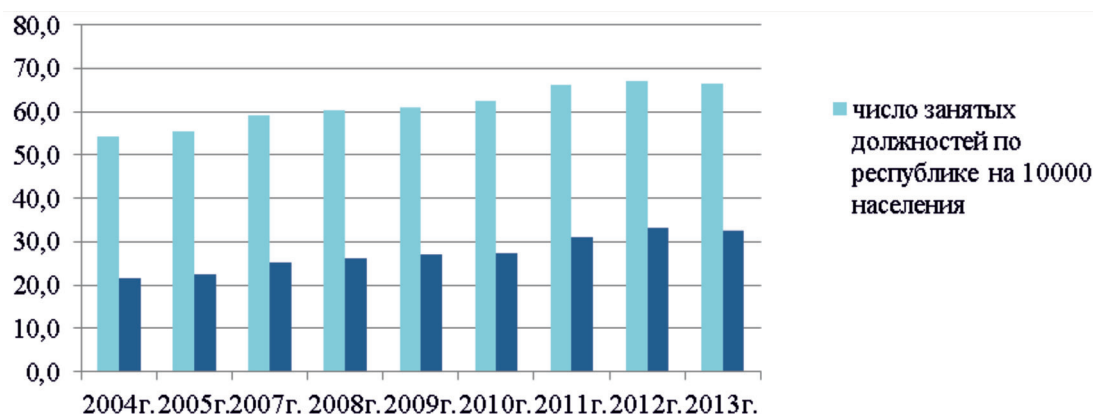


Рис. 1. Показатель обеспеченности СМР на 10 тыс. населения в динамике с 2004 по 2013 гг.

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

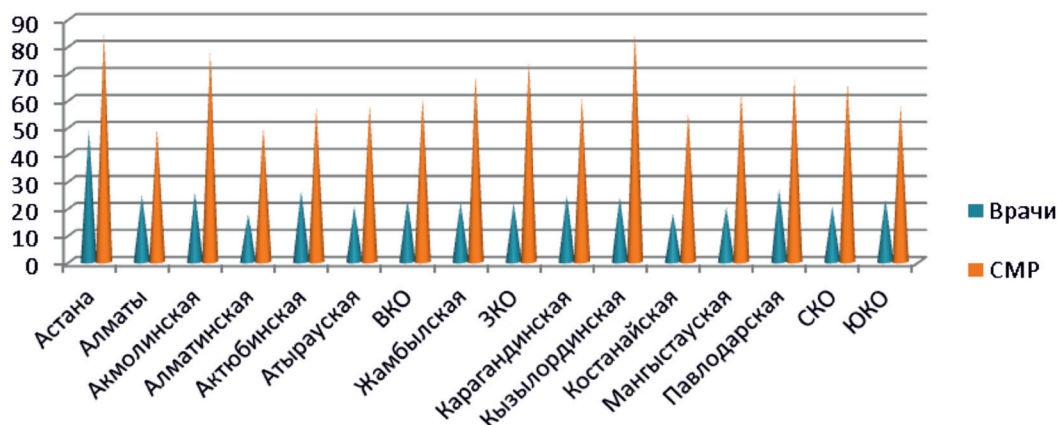


Рис. 2. Обеспеченность врачами и СМР регионов республики на 10 тыс. населения

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.

Чем ниже обеспеченность медсестринскими кадрами, чем ниже соотношение врач/СМР, тем больше непрофессиональной нагрузки переходит в компетенцию врачей. Таким образом, падает не только професси-

ональный 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, подкле-

ивание анализов в медицинские документы и др.), не требующая специального и длительного обучения в медицинских колледжах.

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

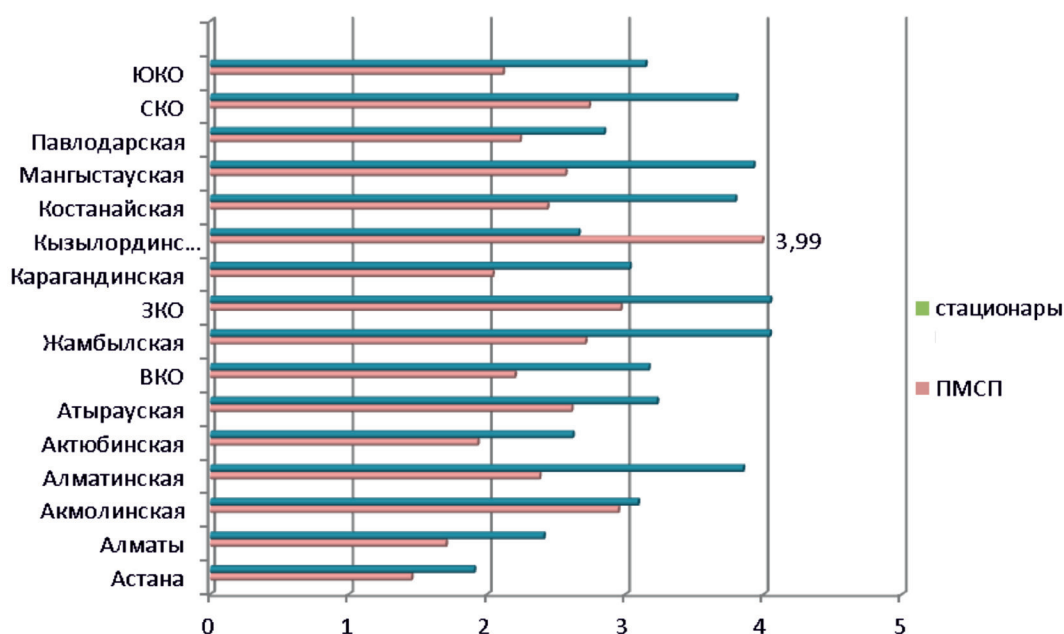


Рис. 3. Соотношение врач/СМР по регионам РК

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 раненым солдатам во 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 заболевания. Такие задачи здравоохранения, как формирование культуры здоровья, про-

паганда 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.

Список 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.