



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Документ исследования политики

**Разрешение проблем
недостаточного использования
потенциала в оказании помощи при
НИЗ: новая роль для семейных
врачей/врачей общей практики и
медсестер?**

Бишкек - 2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

ДЕН СООГЛУК

РЕФЕРАТ

Основными барьерами в предоставлении индивидуальных услуг при управлении НИЗ (неинфекционные заболевания) являются проблемы с нехваткой и подготовкой кадров, а также низкая роль семейных врачей и медицинских сестер в управлении основными НИЗ. В стране были предприняты множественные попытки привлечь и удержать врачей в сельской местности, но они не возымели какого-либо длительного воздействия, и последние тенденции не свидетельствуют об увеличении числа выпускников медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся на уровне ПМСП. Дефицит человеческих ресурсов усугубляется низкой мотивацией персонала учреждений ПМСП и наличием компетенций, не отвечающих существующим потребностям. Учитывая кадровый кризис в системе здравоохранения Кыргызстана, обусловленный, в частности, нехваткой врачей на первичном уровне, повышение роли медсестер в управлении некоторыми неинфекционными заболеваниями (НИЗ) крайне необходимо. Поэтому, в 2015 году была проведена оценка в несколько этапов, направленная на изучение роли семейных медсестер в разрешении проблемы НИЗ на уровне ПМСП и выявление барьеров, препятствующих расширению функций медсестер в предоставлении помощи при НИЗ.

Авторы: А. Абдраимова (ЦАПЗ), А.Абдукаримова (МЗ КР), Э. Ыбыкеева (КГМИПиПК)

Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»
Кыргызская Республика
Бишкек 720040
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб №№201,203,205)**

или по электронной почте: office@hpac.kg

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения www.hpac.kg

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования.

Проведение исследования стало возможным благодаря финансовой помощи, предоставленной Правительством Швейцарии, и Проекту «Реформы медицинского образования в Кыргызской Республике». Сделанные выводы и их интерпретация в данном документе принадлежат команде, подготовившей отчет.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	5
КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ	6
1. Текущий статус исследования	8
2. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	10
2.1. Цель и задачи исследования.....	10
2.2. План исследования.....	10
2.3. Методы сбора данных:	11
2.4. Инструменты для сбора данных и выборка.....	12
2.5. Выборка областей для исследования.....	12
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ - ЭТАП 1.....	13
3.1. Обзор нормативно-правовых документов (НД), регламентирующих практику медицинских сестер на первичном уровне	13
3.1.1. Перечень НД, регламентирующих практику медсестер на ПМСП.....	13
3.2. Анализ основных аспектов деятельности семейных медицинских сестер на основе вышеприведенных нормативных документов, регламентирующих практику медсестер на ПМСП ¹⁵	
3.2.1. Основные требования к квалификации семейных медицинских сестер.....	15
3.2.2. Номенклатура среднего медицинского персонала на ПМСП.....	16
3.2.3. Организация деятельности семейной медицинской сестры в ЦСМ.....	16
3.2.4. Функциональные обязанности, ответственность и права семейной медицинской сестры	17
3.2.5. Организация сестринского процесса.....	18
3.2.6. Стандарты сестринской практики.....	19
3.2.7. Организация деятельности кабинетов доврачебного приема (кабинеты неинфекционных заболеваний)	19
3.2.8. Оценка деятельности медицинских сестер.....	20
3.3. Обзор системы среднего медицинского образования в КР	21
3.3.1. Организации, предоставляющие среднее медицинское образование	21
3.3.2. Государственный образовательный стандарт	24
3.3.3. Организация деятельности по разработке учебных планов и программ в соответствии с ГОС.	25
3.3.4. Обзор и оценка содержания учебных программ на додипломном уровне образования медицинских сестер	25
3.3.5. Обзор содержания учебных программ на непрерывном уровне образования семейных медицинских сестер.....	32
4. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:.....	33

4.1. Нормативные правовые акты:	33
4.2. Рекомендации.....	36
4.3. Учебные программы на додипломном и непрерывном уровне образования медицинских сестер:.....	37
5. ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ НА ПОЛЕВОМ ЭТАПЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	38
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	39

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Центр анализа политики здравоохранения выражает глубокую признательность за поддержку, оказанную Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в проведении данного исследования в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Ден Соолук» (2012-2016). Выражается признательность за консультации, комментарии и вклад в дизайн исследования и подготовку настоящего документа.

Особую признательность команда ЦАПЗ выражает сотрудникам Кыргызского государственного медицинского института подготовки и переподготовки кадров (КГМИПиПК) за предоставленные данные и информацию, а также за содействие в сборе данных и ценный вклад во время проведения исследования.

Предварительные результаты были обсуждены с МЗ КР, КГМИПиПК, Швейцарским проектом «Реформы в медицинском образовании» и другими заинтересованными сторонами, и заключительный отчет был подготовлен с учетом полученным комментариям и рекомендаций.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ

НИЗ являются ведущей причиной смертности, заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. Четыре основных неинфекционных заболевания (сердечнососудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и диабет) составляют большую часть бремени болезней и преждевременной смертности в регионе. В Европе на НИЗ (в более широком смысле) приходится около 86% смертей и 77% бремени болезней, что усиливает нагрузку на системы здравоохранения, влияет на экономическое развитие и благосостояние значительной части населения, особенно людей в возрасте 50 лет и старше¹.

Как и многие страны, Кыргызстан сталкивается с растущим бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ), среди которых сердечнососудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности и заболеваемости в стране. С 2006 года ССЗ формируют одну из четырех приоритетных программ улучшения здоровья, отражая как обязательства Правительства в этой области, так и приоритетный характер вопросов здоровья.

К сожалению, к настоящему времени ответные действия первичного звена здравоохранения на проблему неинфекционных заболеваний являются недостаточными в связи с нехваткой медицинских работников и недостаточной или несоответствующей подготовкой.

В результате нескольких исследований, проведенных в Кыргызстане, в ходе которых изучались барьеры, препятствующие доступу к помощи при НИЗ (ССЗ и диабет) было обнаружено, что различные барьеры системы здравоохранения стали причиной плохого управления и лечения НИЗ и повышения затрат для системы здравоохранения и отдельных лиц. Этими барьерами были слабое лидерство и управление; несоответствующее предоставление услуг; слабое использование информации; проблемы с закупкой, распределением и применением медицинских продуктов и технологий и, наконец, проблемы с кадрами, в плане подготовки, использования специалистов и отсутствия роли для врачей общей практики/семейных врачей и медсестер.

Врачи общей практики/семейные врачи и медсестры являются ключевым элементом для большинства систем здравоохранения в мире, но в Кыргызстане они проходят меньше подготовку и могут только выполнять ограниченный ряд задач в сравнении со своими коллегами в Западной Европе. По всему миру произошли изменения в отношении роли медсестер и того, как она может дополнить или в некоторых случаях заменить роль, которую традиционно выполняли врачи и специалисты при повышенной удовлетворенности пациентов. Учитывая кадровый кризис в Кыргызстане, обусловленный нехваткой врачей на первичном уровне в частности, повышение роли медсестер в управлении некоторыми НИЗ будет крайне необходимым.

Для того, чтобы осуществить это, необходимо понять существующие барьеры, мешающие повышению роли врачей общей практики/семейных врачей и медсестер в

¹ Региональное Европейское бюро ВОЗ. 2011 г. «План действий по реализации Европейской стратегии по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний» на 2012–2016.”

оказании помощи при диабете и гипертонии на первичном уровне здравоохранения для того, чтобы задействовать врачей общей практики/семейных врачей и медсестер в ведении диабета и гипертонии и повысить их роль в Кыргызстане. Также потребуются рассмотреть роль семейных врачей в управлении НИЗ с точки зрения эффективности и качества индивидуальных услуг.

Для того, чтобы оценить роль, которую играют врачи общей практики/семейные врачи и медсестры в Кыргызстане, необходимо иметь четкое понимание нормативной базы, подготовки, восприятия и барьеров системы здравоохранения, оценку которых необходимо провести.

Таким образом, общая цель этого проекта заключается в выявлении барьеров, препятствующих внедрению врачей общей практики/семейных врачей и медсестер в предоставление помощи при диабете в Кыргызстане. С помощью данного проекта, мы планируем собрать данные для повышения знаний, с помощью которых врачи общей практики/семейные врачи и медсестры смогут играть роль в разрешении проблемы НИЗ на уровне ПМСП.

Изучение литературы и кабинетный анализ определяют нормативные документы, имеющие отношение к роли и регулированию практики врачей общего профиля/семейных врачей и медсестер в стране, также как и сбор любой соответствующей литературы и подробной статистики по врачам общей практики/семейным врачам и медсестрам. Цель заключается в том, чтобы выявить барьеры законодательного характера, которые ограничивают роль врачей общей практики/семейных врачей и медсестер в управлении диабетом и гипертонией. В дополнение к оценке законодательных барьеров, будет проводиться оценка подготовки медсестер. Будет проведен обзор учебной программы в плане того, что изучают по диабету в медицинском училище. Другие последипломные программы, программы непрерывного образования или специализированные программы по диабету будут также определены, и будет проведена оценка их содержания.

Вслед за этим, будет проводиться оценка восприятия медсестер врачами, пациентами и самими медсестрами в рамках предоставления помощи при диабете и гипертонии. Восприятие этих различных групп будет оцениваться относительно роли врачей общей практики/семейных врачей и медсестер в оказании помощи при гипертонии и диабете. Акцент будет сделан на роли, которую играют врачи общей практики/семейные врачи и медсестры, и которую они могли бы играть в укреплении здоровья, первичной профилактике, раннем выявлении, интегрированной помощи, просвещении пациентов и проч. Кроме того, барьеры, препятствующие выполнению роли врачами общей практики/семейными врачами и медсестрами в ведении ГБ и диабета будут оцениваться с точки зрения врачей, пациентов и медсестер.

Будет опрошена целевая выборка, состоящая из врачей, пациентов и медсестер, работающих в соответствующих центрах, при использовании руководства по проведению обсуждения, исходя из результатов первых стадий данного исследования. Это также поможет определить тематическое руководство, которое будет использоваться в проведении анализа данных.

1. Текущий статус исследования

Впечатляющие реформы системы здравоохранения, реализованные в Кыргызстане за последние 15 лет, внесли свой вклад в сокращение смертности от ССЗ. Проведенные структурные изменения позволили добиться результатов в финансовой защите населения, доступе к медицинской помощи и эффективности. Однако, в области эффективной диагностики и контроля ключевых состояний ССЗ, таких как гипертония и диабет, все еще сохраняются значительные трудности. Несмотря на особое внимание, уделяемого укреплению ПМСП в течение последних 10 лет, степень охвата населения индивидуальными услугами здравоохранения, которые обеспечивают наибольшие достижения (например, эффективный контроль артериальной гипертонии, диабета и других факторов риска ССЗ) остаются на низком уровне.

Так, результаты проведенного исследования² указали, что в системе здравоохранения Кыргызской Республики, пациентам, страдающим диабетом, уделяется особое внимание в плане доступа к медицинской помощи, таких как бесплатное представление всех аспектов ухода, включая инсулин, пероральные лекарственные средства, консультации и лабораторные тесты. Однако было отмечено, что требуются серьезные меры в плане улучшения процесса управления при лечении (?) диабета, требуется соответствующее практическое обучение семейных врачей и медицинских сестер, а также предоставление им ресурсов. Кроме того, были выявлены и ряд проблем, указывающие на то, что нужно обратить особое внимание на повышение уровня осведомленности населения об опасности диабета и решить вопросы информированности пациентов, больных диабетом для повышения их приверженность к лечению. Одними из основных барьеров в управлении диабетом в данном исследовании была отмечена проблема с кадровыми ресурсами в плане их подготовки и низкой ролью медицинских сестер в управлении диабета.

Проведенная в 2013 году в Кыргызстане страновая оценка командой экспертов из сектора здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ³ также показала, что человеческие ресурсы являются одним из самых значительных барьеров на пути предоставления основных индивидуальных услуг при управлении ССЗ.

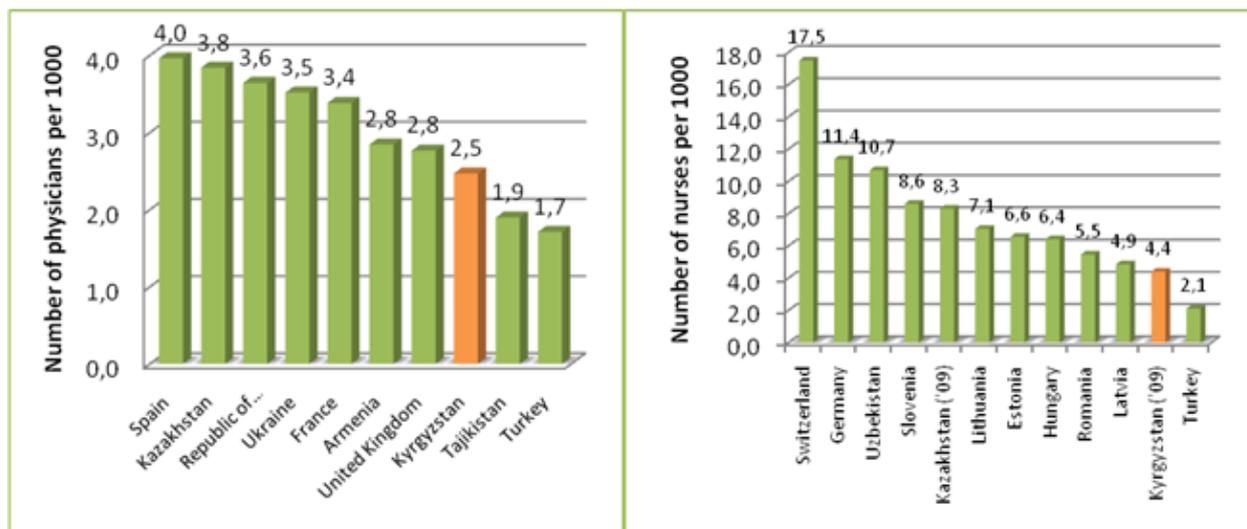
Кыргызстану грозит кадровый кризис на уровне ПМСП, особенно в сельской местности, где отмечается нарастание доли врачей пенсионного и предпенсионного возраста и в то же время практически отсутствует приток молодых специалистов. В стране были предприняты множественные попытки привлечь и удержать врачей в сельской местности, но они не возымели какого-либо длительного воздействия.

Медицинское образование реформируется с акцентом на первичную медико-санитарную помощь, но последние тенденции не свидетельствуют об увеличении числа выпускников медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся на уровне ПМСП. Дефицит человеческих ресурсов усугубляется низкой мотивацией персонала учреждений ПМСП и наличием компетенций, не отвечающих потребностям в области оказания услуг.

² Abdraimova A, *et al.* Report on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access in Kyrgyzstan. London: International Insulin Foundation 2009

³ УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ: БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Страновая оценка по Кыргызстану: акцент на сердечнососудистых заболеваниях, Мелитта Якаб и др.

Рисунок 1. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения, различные страны, 2011г.⁴



Источник: Данные по Кыргызстану и Казахстану за 2009 г. Данные по Кыргызстану взяты из статистических данных Министерства здравоохранения; прочие данные получены из Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ от 24 июля 2013г.

На 1 января 2014 года в Кыргызстане число врачей составляет 1,9 на 1000 населения и медицинских сестер 4,6 на 1000. Последние несколько лет эти показатели являются относительно стабильными, но все равно являются одними из самых низких в странах европейского региона ВОЗ. Уровни укомплектованности кадрами существенно разнятся – от 100% в г. Бишкек до 44% в регионах страны. Эти официальные данные искусственно раздуты, поскольку многие врачи совмещают несколько должностей при общем уровне 1.4 ставок на врача.

В группе семейных врачей должно быть минимум три врача, тем не менее, в 60 ГСВ по стране врачи полностью отсутствуют, а в 198 ГСВ работает лишь один врач. При этом в некоторых ГСВ численность приписанного населения может достигать до 18 000 по сравнению с нагрузкой 1000 человек на одного поставщика в г. Бишкек. Укомплектованность же сестринским персоналом по стране составляет почти 97% с небольшими отличиями между городской и сельской местностью. Большинство медицинских сестер работает только на одну ставку.

Однако, в настоящее время вклад специалистов сестринского дела при их хорошей укомплектованности пока низок. Практически все медсестры работают на полную ставку, укомплектованность высокая и при делегировании части функций контроля по НИЗ можно было бы решить вопрос доступности услуг, снизить нагрузку на врачей путем перераспределения обязанностей между врачами, фельдшерами и медсестрами.

Реформирование медицинского образования осуществляется с акцентом на подготовке врачей широкой специализации для уровня первичной медико-санитарной помощи.

⁴ УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ: БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Страновая оценка по Кыргызстану: акцент на сердечнососудистых заболеваниях, Мелитта Якаб и др.

Планируется внедрить обязательную интернатуру по семейной медицине для всех выпускников. Однако реформы продвигаются медленно, и обеспечение подготовки такого большого количества интернов станет серьезной задачей в условиях ограниченности медицинских навыков выпускников медицинских образовательных учреждений и очень малого количества преподавателей по семейной медицине на базе поликлиник по всей стране. Аналогичные трудности возникают и при обучении медсестер. Медсестер и фельдшеров традиционно не обучают навыкам базовой клинической оценки состояния здоровья или ведения распространенных и неосложненных НИЗ, например, таких как гипертония и диабет. Эти навыки могут стать необходимыми при оказании помощи сельскому населению в условиях ожидаемого дефицита врачей ПМСП.

2. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Цель и задачи исследования

Цель: Оценка практики семейных врачей в управлении больных с НИЗ и оценка барьеров, препятствующих вовлечению медицинских сестер в процесс эффективного ведения больных с НИЗ (гипертония, диабет).

Задачи:

1. Оценка роли медицинских сестер в ведении НИЗ (диабет, гипертония, ХОБЛ, паллиативная помощь) путем проведения анализа законодательства, образовательных программ, нормативных документов и др., регламентирующих практику медицинских сестер КР;
2. Оценка практики семейных врачей при управлении НИЗ, их роли, функций и оценка барьеров, препятствующих эффективному управлению НИЗ;
3. Оценка барьеров и роли медсестер в ведении некоторых НИЗ, укреплении здоровья, первичной профилактики, раннего выявления, образовании пациента и др. с точки зрения врачей, пациентов и медсестер;
4. Определение направлений, требующих дальнейших усилий и необходимых эффективных вмешательств с целью эффективного управления НИЗ семейными врачами и усиления роли медицинских сестер при ведении НИЗ.

2.2. План исследования

Исследование будет проводиться в два этапа.

Первый этап оценки будет включать:

1. Проведение кабинетного анализа существующей нормативной базы по регулированию сестринской практики:
 - Обзор имеющихся статистических данных о практике медицинских сестер
 - Обзор нормативных документов, регламентирующих практику медицинских сестер, их роль:

- Анализ имеющихся должностных инструкций: обязанности-права-ответственность на соответствие современным требованиям системы здравоохранения;
- Анализ имеющихся квалификационных требований медсестер на соответствие современным требованиям системы здравоохранения;
- Выявление имеющихся правовых и юридических барьеров, ограничивающих роль медсестер в ведении НИЗ
- Обзор и оценка содержания имеющихся учебных планов/программ подготовки медицинских сестер (додипломное и непрерывное обучение), направленных на формирование профессиональных компетенций.
- Обзор и оценка содержания имеющихся учебных планов/программ на наличие специализированных программ обучения по отдельным неинфекционным заболеваниям (диабет, гипертония и др.).
- Наличие доступа к практике
- Обзор и состояние непрерывного образования медсестер.

2. Первый этап оценки также будет дополнен проведением качественных интервью с ключевыми информантами, вовлеченными в процесс формирования политики и практики семейных врачей и медицинских сестер: Министерство здравоохранения, образовательные учреждения, занимающиеся подготовкой медицинских сестер, Ассоциация медицинских сестер и др.

Второй этап оценки:

Второй этап оценки будет включать полевой сбор данных с целью получения информации об имеющихся барьерах, роли и практики, как семейных врачей, так и медицинских сестер при ведении некоторых НИЗ путем изучения мнения медицинских специалистов (руководителей и врачей организаций здравоохранения), пациентов и медицинских сестер.

2.3. Методы сбора данных:

- 1. Проведение глубинных интервью** с ключевыми лицами для определения барьеров усиления роли семейных врачей и медицинских сестер, эффективности вмешательств, проводимых в стране, и факторов, влияющих на нее, а так же для определения направлений, требующих дальнейших усилий.
- 2. Проведение полу-структурированных интервью** с медицинским персоналом (врачи, медицинские сестры) учреждений здравоохранения первичного и вторичного уровней (ЦСМ, и ТБ) для изучения важных аспектов эффективности нормативно-правовых систем, роли и практики медицинских сестер в ведении некоторых НИЗ, укреплении здоровья, первичной профилактики, раннего выявления, образовании пациентов, и др.
- 3. Проведение структурированных интервью и фокус-групповых дискуссий** с населением с целью лучшего понимания степени информированности населения о своем состоянии и роли семейных врачей и медицинских сестер при ведении их заболевания.

2.4. Инструменты для сбора данных и выборка

- Для опроса целевых групп будут разработаны соответствующие вопросники: для проведения интервью с ключевыми информантами, для опроса медицинских специалистов, руководителей организаций здравоохранения, врачей, медицинских сестер и пациентов с некоторыми НИЗ.
- Опрос данных целевых групп будет проводиться с точки зрения выявления барьеров роли семейных врачей и медсестер в ведении некоторых НИЗ, укреплении здоровья, первичной профилактике, раннего выявления, образование пациента, и т.д.
- Вопросники для медицинских сестер также будут включать оценку их знаний о некоторых НИЗ (диабет гипертония), их практических навыков, взаимосвязь с семейными врачами, пациентами и др.
- Вопросники будут разработаны с использованием результатов и выводов, полученных на основе первого этапа оценки и будут включать вопросы, направленные на изучение роли медицинских сестер.
- Для разработки инструментов опроса будут использованы имеющиеся международные практики подобных оценок⁵. Данные инструменты будут адаптированы применительно к ситуации в стране.
- Целенаправленная выборка врачей, пациентов и медицинских сестер будет проведена на основе полученных выводов из первого этапа оценки и путем обсуждения с заинтересованными сторонами (МЗ, образовательные учреждения и др.).

2.5. Выборка областей для исследования

Предполагается, что отбор областей для исследования будет проведен по результатам первого этапа исследования, но при этом, будет обеспечена представленность северного и южного регионов республики.

В выборку обязательно будет включена Нарынская область, где планируется внедрение пилотного проекта по улучшению последипломного обучения.

⁵ 95. Drass JA, *et al.* Perceived and actual level of knowledge of diabetes mellitus among nurses. *Diabetes Care* 1989; **12**:351-356.

96. Francisco MA. Instruments that measure nurses' knowledge about diabetes: an integrative review. *J Nurs Meas* 2013; **21**:137-152.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ - ЭТАП 1

3.1. Обзор нормативно-правовых документов (НД), регламентирующих практику медицинских сестер на первичном уровне

3.1.1. Перечень НД, регламентирующих практику медсестер на ПМСП

В настоящее время имеется ряд нормативных документов, которые регламентируют деятельность среднего медицинского персонала в КР. Основные Законы КР и подзаконные акты в области здравоохранения:

1. Закон Кыргызской Республики Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике (г.Бишкек, от 9 января 2005 года N 6)

2. Закон Кыргызской Республики «О статусе медицинского работника» (г.Бишкек, от 28 мая 2013 года N 81)

Данные Законы регулируют правовые, социально-экономические отношения, связанные с деятельностью медицинских работников, в том числе среднего медицинского персонала и направлены на создание условий, обеспечивающих качественное улучшение правового положения, реализацию гарантий их социальной защищенности, а также определяют их основные права, обязанности и ответственность при осуществлении своей деятельности.

Законом Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (г. Бишкек, от 9 января 2005 года N 6) в статье 97. «Обязанности работников здравоохранения» установлено, что медицинские работники, в том числе средний медицинский персонал обязаны выполнять свою профессиональную деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами, утвержденными уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения - Министерством здравоохранения. То есть вся функциональная деятельность медсестры, ее ответственность полномочия и др. связанная с ее деятельностью регулируется нормативными правовыми актами, утверждаемыми Министерством здравоохранения КР.

3. Основным документом, который регулирует деятельность специалистов сестринского дела на первичном уровне является **Приказ МЗКР № 289 от 02.07. 2005г. «Об утверждении нормативных правовых документов, регулирующих деятельность специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ».** Основная цель данного Приказа заключалась в определении деятельности специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ и разделения функциональных обязанностей врачей и специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ. Данным Приказом были утверждены следующие Положения:

- Требования к квалификационным характеристикам семейной медсестры;
- Положение о семейной медсестре;
- Положение о кабинете семейной медсестры;
- Положение о сестринском процессе;
- Перечень медицинской учетной документации в ГСВ.

-

4. Приказ №202 от 20.06.2000г. Положение о кабинете доврачебного приема и Приказ №445 от 05. 08. 2014г. «О создании доврачебного кабинета (кабинет неинфекционных заболеваний) в Центрах семейной медицины и Центрах общеврачебной практики».

В настоящее время Министерством здравоохранения КР в рамках реализации программы по реформированию системы здравоохранения «Ден Соолук» проводится активная работа по снижению смертности, заболеваемости и инвалидизации населения от неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как сердечно-сосудистые заболевания, бронхолегочные заболевания, сахарный диабет и рак. Учитывая, основные причины НИЗ, высокую распространенность факторов риска, как повышенное артериальное давление, табакокурение, вредное употребление алкоголя, избыточная масса тела и др. и результаты исследований, которые показывают о низкой регистрации заболеваемости по ГБ, было принято решение о создании доврачебных кабинетов или кабинетов по неинфекционным заболеваниям при всех ЦСМ.

Согласно утвержденного Положения кабинеты доврачебного приема должны организовываться в составе каждого ГСВ.

Данным приказом утверждены следующие Положения:

- Типовое положение о доврачебном кабинете (кабинет неинфекционных заболеваний) в Центрах семейной медицины и Центрах общеврачебной практики.
- Список оборудования, изделий медицинского назначения и твердого инвентаря для доврачебного кабинета в кабинете в Центрах семейной медицины и Центрах общеврачебной практики.
- Карта пациента приема доврачебного кабинета (кабинет НИЗ).

5. Приказ №327 от 31.07.2003г. Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей, номенклатуры должностей и перечня соответствия медицинских и фармацевтических специальностей должностям в организации здравоохранения Кыргызской Республики.

Согласно данного приказа утверждена номенклатура должностей работников со средним медицинским образованием в организациях здравоохранения первичного уровня: семейная медицинская сестра, старшая семейная медицинская сестра и ассистент семейной медицинской сестры.

6. Приказ №627 от 24.11.06. «Об утверждении нормативных правовых документов, регулирующих деятельность фельдшерско - акушерских пунктов»

В предыдущей программе реформы системы здравоохранения «Манас-таалими» на 2006 – 2010 годы особый упор делался на развитие и улучшения качества и доступности предоставляемых медицинских услуг населению сельской местности. В рамках реализации данных положений в 2006 году были пересмотрены и утверждены Положения, касающиеся деятельности ФАП в сельских местностях и соответственно положения о фельдшере, которые были ранее утверждены приказом в 2005 году.

7. Приказ №338 от 04.07.11г. «Об утверждении Положения об аттестации и регистрации специалистов системы здравоохранения Кыргызской Республики» на

основании данного Положения проводится Аттестация медицинских специалистов, в том числе специалистов сестринского дела на присвоение квалификационной категории.

8. Приказ от 13.06.13 г. № 337 «Об утверждении Этического кодекса медицинской сестры Кыргызской Республики». Этический кодекс медицинской сестры КР утвержден в целях повышения нравственных ориентиров профессиональной деятельности медицинской сестры, призванных консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в КР.

9. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 3 февраля 2004 года N53 Положение о государственных образовательных стандартах профессионального образования в Кыргызской Республике. Данным Постановлением утверждены положения о государственных стандартах средних медицинских образовательных учреждений, которые являются обязательными для всех средних медицинских учебных заведений, независимо от форм собственности.

10. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 5 сентября 2012 года № 610 «Об утверждении Перечня специальностей и нормативных сроков обучения специальностям среднего профессионального образования Кыргызской Республики».

Данным Постановлением утвержден перечень специальностей среднего медицинского образования (10 специальностей) и сроки обучения по специальностям.

3.2. Анализ основных аспектов деятельности семейных медицинских сестер на основе вышеприведенных нормативных документов, регламентирующих практику медсестер на ПМСП

3.2.1. Основные требования к квалификации семейных медицинских сестер

В соответствии с утвержденным Положением о семейной медицинской сестре семейной медицинской сестрой может быть специалист, имеющий высшее сестринское медицинское образование или среднее медицинское образование и сертификат семейной медицинской сестры. Семейная медицинская сестра должна регулярно проходить аттестацию на квалификационную категорию по соответствующей специальности.

Утвержденные квалификационные характеристики семейной медицинской сестры состоят:

- из перечня общих знаний, которые должна знать медсестра;
- перечня общих умений, которые должна уметь медсестра;
- перечня манипуляций, которыми должна владеть медсестра.

Перечень общих знаний и умений, которые должна знать и уметь медсестра также носят декларативный характер и больше ориентированы на знание основ законодательства, нормативных документов. Следует отметить, что отсутствует логическая связь между Знаниями, Умениями и Манипуляциями, которые являются составляющими понятия «компетентности семейной медсестры». Например, в квалификационных характеристиках семейной медсестры указано, что она должна знать только основы сестринского процесса, чего явно недостаточно для ведения больных, в том числе с ГБ и СД. Такие

формулировки в квалификационной характеристике как «принимать решения в пределах своей профессиональной компетенций и полномочий», «выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в пределах своей компетенции» также является довольно общими и не отражают конкретных знаний и умений, которые должна знать и уметь медицинская сестра.

По профилю образования медицинской сестры в утвержденном Положении приводятся только требования по наличию образования, нет указаний о том, что на должности медицинской сестры по семейной медицине может работать специалист со средним профессиональным образованием по специальности только «Сестринское дело».

Кроме того, в утвержденном Положении о квалификационных требованиях семейной медицинской сестры не учтены критерии отбора, такие как стаж или опыт работы по специальности.

3.2.2. Номенклатура среднего медицинского персонала на ПМСП

В соответствии с приказом МЗ, регламентирующего номенклатуру должностей медицинских работников, в организациях здравоохранения первичного уровня (ЦСМ) со средним медицинским образованием утверждено 3 должности:

- семейная медицинская сестра;
- старшая семейная медицинская сестра;
- ассистент семейной медицинской сестры.

Утвержденная номенклатура должностей предполагает наличие на первичном уровне штатной единицы - ассистента семейной медицинской сестры. Однако, в настоящее время, данная должность не введена ни в одном ЦСМ. Возможно, эта должность не была введена, поскольку утвержденные нормативы штатных единиц не позволяют это сделать из-за того, что ЦСМ не было выделено дополнительных штатных единиц.

Следует отметить, что наличие данной штатной единицы могло бы сыграть положительную роль при расширении полномочий медицинских сестер при введении НИЗ. Наличие ассистента медицинской сестры разгрузило бы семейных медсестер и позволило бы им больше времени уделять на ведение некоторых НИЗ (ГБ, диабет), в том числе профилактической работе с населением.

3.2.3. Организация деятельности семейной медицинской сестры в ЦСМ

В Положении расписаны основные пункты, связанные с организацией деятельности семейной медсестры:

Семейная медицинская сестра назначается и увольняется Директором ЦСМ или руководителем юридически самостоятельных ГСВ в соответствии с действующим законодательством.

Заместитель директора по сестринскому делу или главная медицинская сестра является руководителем сестринской службы в организации здравоохранения первичного уровня – ЦСМ, которая обеспечивает деятельность сестринской службы в учреждении и руководит работой старших медицинских сестер ГСВ и всех специалистов сестринского дела в

ЦСМ. То есть весь средний и младший медицинский персонал ЦСМ находится в непосредственном подчинении главной медицинской сестре.

В Положении оговорено, что семейная медицинская сестра должны работать под руководством старшей медицинской сестры ГСВ в партнерстве с семейным врачом. Подробных положений о партнерстве семейного врача и семейной медицинской сестры или подробных описаний, каким образом должно быть данное партнерство построено в Положении не регламентируется.

3.2.4. Функциональные обязанности, ответственность и права семейной медицинской сестры

В Положении обязанности медицинской сестры для выполнения своих функций сформулированы большей частью в общем виде. Например, «медицинская сестра должна обеспечивать всестороннюю сестринскую помощь в укреплении и сохранении здоровья населения, проводит учет приписанного населения, выявляет демографическую и медико-социальную структуру населения и т.д».

Большинство обязанностей указывают только на направление деятельности, но не указывают, какие точно мероприятия медицинская сестра обязана проводить с пациентами.

Ряд обязанностей семейной медсестры предполагает проведение работ совместно с семейным врачом. Выделено три мероприятия, которые она должна проводить совместно с семейным врачом:

- анализ состояния здоровья населения;
- выделение группы населения с ранними скрытыми формами заболеваний;
- выявление и оказание содействия в снижении факторов риска на состояние здоровья населения.

Вышеуказанные обязанности медицинской сестры, которые она проводит совместно с семейным врачом, также в большей степени выглядят как декларативные и не имеют четких функций и предусматривают семейную медсестру как помощника врача при оказании медпомощи населению.

В целом, утвержденные обязанности семейной медсестры формулируются в общем виде, отсутствуют конкретные обязанности медицинской сестры по ведению пациентов с НИЗ, в частности гипертонической болезнью и сахарным диабетом, не уточнены современные делегированные от врачей на медицинскую сестру мероприятий по обслуживанию населения по семейному принципу, не выделены конкретные мероприятия, проводимые семейной медицинской сестрой самостоятельно. Поэтому отсутствие четких прописанных функциональных обязанностей не позволяет определить в полной мере полномочия медицинских сестер и ограничить их обязанности от обязанностей семейных врачей.

Приказная часть Положения по семейной медсестре содержит указания руководителям ЦСМ самостоятельно разработать должностные инструкции штатных специалистов сестринского дела. Данные инструкции полностью должны регламентировать деятельность семейной медицинской сестры, включая обязанности, права и

ответственность и степень взаимодействия с врачом. Однако на сегодняшний день отсутствуют Единая типовая должностная инструкция на основе которой все организации здравоохранения должны были бы формировать должностные инструкции на каждую семейную медицинскую сестру. В связи с этим необходимо на местах изучить наличие должностных инструкций, их содержание и соответствие их стандартам и практике медицинских сестер.

3.2.5. Организация сестринского процесса

Несмотря на то, что деятельность медицинской сестры часто основывается на четком и «автоматическом» выполнении назначений врача организация сестринского процесса, согласно утвержденного Положения предполагает ряд мероприятий, которые она должна проводить самостоятельно. В соответствии с Положением о сестринском процессе, сестринский процесс – это процесс, направленный на систематизирование работы медсестры путем планирования и анализ выполняемых функций и совместную оценку результатов с пациентом.

Структура организации сестринского процесса имеет 5 этапов и предполагает последовательную смену действий, выполняемых медсестрой по отношению к пациенту с целью предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения до минимума возникающих у него проблем и трудностей.

Когда пациент приходит в ГСВ, медсестра должна собирать о нем данные, следуя этапам сестринского процесса, устанавливать проблемы или потребности пациента (постановка сестринского диагноза), цели ухода, конечные результаты ухода и выбирать соответствующие для их достижения сестринские мероприятия. Наконец, выполнив все запланированные действия, медсестра должна оценить эффективность плана ухода по конечным результатам совместно с пациентом. Ведение данного процесса имеет ряд преимуществ, одним из основных является то, что этот процесс позволяет медицинской сестре проводить мероприятия самостоятельно (сбор информации, постановка сестринского диагноза и др.).

В целом, следует отметить, что сестринский процесс имеет системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи и имеет свои особенности в плане изучения потребностей и проблем пациента и требует наличия специальных знаний у медсестер по психологии межличностному общению и др.

Согласно утвержденного Положения отмечено, что сестринский процесс должен быть обязательно основан на стандартах сестринской практики, поэтому использование на практике данного процесса требует обязательного обучения и внедрения на местах, в том числе стандартам сестринской практики.

В связи с этим, необходимо изучить на местах каким образом данный процесс внедрялся на практике в организациях здравоохранения, каким образом организуется работа и сами медсестры, врачи, а возможно и пациенты, понимают ли смысл и значение сестринского процесса.

3.2.6. Стандарты сестринской практики

На сегодняшний день из стандартов сестринской практики существуют только два:

- **Стандарт по технике выполнения манипуляций**
- **Стандарт сестринской практики по ведению больных с гипертонической болезнью** (Клинический протокол сестринского процесса по ведению гипертонической болезни, 2005г.).

Согласно стандарта сестринской практик по ведению больных с ГБ, семейная медсестра должна проводить обучение пациентов по технике тонометрии, правилам приема гипотензивных препаратов, формированию здорового образа жизни (диетотерапия, физические нагрузки, отказ от вредных привычек), правилам сбора анализов, а также обучение пациента самостоятельному уходу или членов его семьи уходу за пациентом и профилактике осложнений ГБ.

Данный протокол сестринского процесса по ГБ не получил широкого внедрения в практику, не было предпринято никаких мер, предусматривающих внедрение и реализацию данного стандарта для регулирования и мониторинга деятельности семейной медсестры. Возможной причиной данной ситуации могло быть то, что нормативные документы, регулирующие деятельность специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ были утверждены раньше, чем был принят данный Клинический протокол и в связи с этим в утвержденных Положениях, регламентирующих деятельность и функциональные обязанности медсестер не учитывались данные стандарты.

Также необходимо учесть, что данный клинический протокол сестринского процесса по ведению гипертонической болезни был принят более 10 лет назад и в настоящее время требует пересмотра, пересмотр данного стандарта необходим также и в связи утверждением Руководства по ведению ГБ, который был принят в 2010 году.

Стандарты сестринской практики по ведению сахарного диабета отсутствуют.

3.2.7. Организация деятельности кабинетов доврачебного приема (кабинеты неинфекционных заболеваний)

Целью деятельности доврачебного кабинета (кабинет НИЗ) является выявление факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), раннее начало лечения, снижение инвалидизации и смертности от НИЗ. Кроме того, одной из основных целей создания данных кабинетов является необходимость создания в работе служб первичной медико-санитарной помощи стандартной процедуры измерения артериального давления для населения более 40 лет при обращении в медучреждение для постоянного выявления и ранней диагностики повышенного артериального давления.

В данном процессе важное место уделено медицинской сестре, поскольку работу в кабинете доврачебного приема осуществляют специалисты сестринского дела. Положением определены квалификационные характеристики, умения и манипуляции, которыми должна владеть медицинская сестра. В данном кабинете могут работать медицинские сестры со средним или высшим сестринским образованием и имеющие стаж работы не менее 5 лет. Медицинская сестра в доврачебном кабинете должна

обеспечивать доврачебный осмотр и прием пациентов на наличие факторов риска (курение, алкоголь и т.д.), проводить измерение роста, веса, артериального давления, пальпацию молочной железы, при необходимости пикфлоуметрию и измерение угарного газа в выдыхаемом воздухе с помощью смоколайзера. Все данные медицинской сестрой должны заноситься в специальную учетную форму (025 – 9 у) и передаваться врачу.

В функции медицинской сестры согласно Положения, входят такие функции, как самостоятельное принятие решения о направлении пациента к тому или иному специалисту, выписка направления в стационар, лаборатории и т.д. В связи с этим, требуется изучение работы кабинетов НИЗ на полевом этапе, чтобы определить, насколько эффективно организована работа в данных кабинетах и насколько процесс принятия самостоятельного решения в работе среднего медицинского персонала присутствует. Оценка организации работы кабинетов по контролю за НИЗ могло бы быть хорошим примером и опытом для планирующегося расширения полномочий медицинских сестер при ведении ГБ, диабета на первичном уровне.

Также следует отметить, что данным положением регламентируются только общие требования к знаниям и умениям медицинских сестер в доврачебных кабинетах. В связи с чем, необходимо также разработать соответствующие стандарты сестринской практики по ведению пациентов в доврачебном кабинете.

3.2.8. Оценка деятельности медицинских сестер

В настоящее время в практическом здравоохранении применяется два метода оценки деятельности семейных медсестер:

- регулярная (ежемесячная), которая проводится на местах;
- аттестация на присвоение квалификационной категории (1 раз в 5 лет), которая проводится соответствующей комиссией на национальном уровне.

Регулярная оценка деятельности медсестер на местах проводится на основании Положения о заместителе директора по сестринскому делу/главная медицинская сестра ЦСМ, где это является ее обязанностью. Специального Положения о процедуре регулярного мониторинга и оценки деятельности сестринской деятельности нет, в соответствии с которым зам. директора по сестринскому делу/главная медицинская сестра ЦСМ проводит оценку деятельности среднего медицинского персонала.

Одним из инструментов главной медицинской сестры ЦСМ по отношению к семейной медсестре является применение материального стимулирования в виде дополнительной заработной платы через КТУ и премии. Однако специальных Положений каким образом и с учетом каких критериев и результатов деятельности проводится применение материального стимулирования нет.

Аттестация специалистов сестринского дела на присвоение квалификационной категории проводится на основании Положения об аттестации, утвержденного Приказом МЗ КР (Приказ №338 от 04.07.11г. «Об утверждении Положения об аттестации и регистрации специалистов системы здравоохранения Кыргызской Республики»).

Данный процесс является добровольным и имеет соответственно мотивационные стимулы для прохождения аттестации, поскольку в зависимости от присужденной

категории медицинские сестры имеют дополнительную оплату к заработной плате. Аттестация проводится на получение трех категорий, где основным фактором является стаж работы: на получение второй категории специалисты могут претендовать при наличии стажа непрерывной работы – 3 года, для первой категории – 5 лет и высшей категории – 7 лет.

Следует отметить, что требования по стажу для специалистов сестринского дела на ПМСП на получение той или иной категории значительно меньше, чем для специалистов работающих в стационарах, соответственно - 5 лет; 8 лет; 10 лет.

Согласно Положения об аттестации все медицинские специалисты, в том числе средний медицинский персонал должны каждые 5 лет должны подтверждать свою категорию, либо при достижении определенного стажа работы претендовать на получение более высокой степени категории, которая соответственно будет гарантировать более высокую доплату к заработной плате. Аттестация проводится профессиональными ассоциациями, в данном случае Ассоциацией групп семейных врачей и семейных медицинских сестер (АГСВ и МС) в сроки, устанавливаемые комиссией согласно приказа МЗКР. Аттестация проводится в два этапа: путём прохождения тестового экзамена и собеседования. Тестовый экзамен проходит методом компьютерного тестирования, а процесс собеседования проходит в произвольной форме и направлен на оценку профессионального уровня аттестуемого лица, мышление и навыки как специалиста, умение решать профессиональные задачи, анализировать имеющуюся информацию и принимать по ней соответствующее решение.

Одним из обязательных требований для прохождения аттестации является оценка деятельности медицинской сестры. Однако отсутствие соответствующих критериев и механизмов оценки деятельности медицинской сестры - этот процесс значительно затрудняют и делают его большей частью формальным.

3.3. Обзор системы среднего медицинского образования в КР

3.3.1. Организации, предоставляющие среднее медицинское образование

Подготовка среднего медицинского персонала осуществляется 18 медицинскими колледжами и 1 медицинским училищем при КГМА им. Ахунбаева во всех регионах страны. Из них 11 государственных медицинских колледжей, которые находятся в двойном подчинении Министерства образования и науки КР и Министерства здравоохранения КР. Два колледжа (г. Ош и г. Узген) при Ошском Государственном университете, один медколледж при Ошском Государственном социальном университете и один при Жалал-абадском Государственном университете, и 4 частных колледжа (медколледж при Институте современных информационных технологий в образовании с двумя филиалами г. Токмок и г. Токтогул; Мед колледж имени Н.И.Пирогова, г. Кара-Балта; Кочкор-Атинский региональный колледж; Медико-социальный колледж г. Бишкек).

В 2013 году на основании разработанных и утвержденных критериев все медицинские училища были реорганизованы в колледжи. Эта реорганизация предполагала подготовку специалистов по углубленным программам, которая обеспечивает выпускникам повышенный уровень квалификации по среднему медицинскому образованию.

С увеличением количества колледжей, занимающихся подготовкой среднего медицинского персонала, общее количество подготовленных специалистов имеет тенденцию ежегодного увеличения. (Таблица 1).

Кроме того, на базе КГМА проводится выпуск специалистов сестринского дела с высшим образованием, которые выпускают ежегодно до 16 специалистов сестринского дела с высшим образованием.

Таблица 1. Подготовка специалистов со средним медицинским образованием

Медицинский колледж	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Бишкекский	572	516	382	536	616	365	538
Токмокский	120	128	137	170	214	315	336
Таласский	144	151	131	144	122	122	193
Карабалтинский	267	281	265	277	307	336	329
Караколский имени академика И.Ахунбаева	90	82	98	97	107	151	144
Нарынский	74	97	98	86	103	123	154
Кызыл-Кийский	336	349	375	360	376	347	352
Джалалабадский	427	575	469	432	501	501	514
Майлусуйский	117	96	129	132	132	137	155
Ошский	340	350	358	360	349	337	359
Медучилище при КГМА	41	50	69	10	10	10	10
Медколледж при ОшГУ	232	232	512	458	617	633	633
Узгенский Медколледж при ОшГУ	87	115	123	106	106	106	145
Медколледж ОШ ГСУ	508	303	320	374	385	395	171
Медколледж им. Пирогова	-	-	-	-	-	-	120
Кочкор-Атинский региональный колледж	-	-	-	-	-	-	40
Всего	3355	3325	3466	3542	3945	3878	4193

Подготовка специалистов со средним медицинским образованием осуществляется по следующим по направлениям: сестринское дело, сестринское дело-массаж, лечебное дело, акушерское дело, лечебно-акушерское дело, стоматология ортопедическая, стоматология, медико-профилактическое дело и лабораторная диагностика.

Наибольшее количество специалистов готовится по специальности «Сестринское дело», которая также имеет тенденцию ежегодного увеличения. Данные специалисты направляются для работы в основном на первичный уровень оказания услуг: ЦСМ, ФАПы, ЦОВП, ГСВ.

Таблица 2 Подготовка специалистов со средним образованием по специальностям

Выпуск специалистов по отделениям	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Сестринское дело	1116	1188	1194	1181	1363	1209	1297
Сестринское дело-массажист (из числа инвалидов по зрению)	10	10	9	10	10	10	10
Лечебное дело	399	385	414	491	557	564	539
Акушерское дело	951	884	1050	946	1003	1026	957
Лечебно - акушерское дело	-	-	-	-	-	-	-
Стоматология ортопедическая	163	150	134	167	164	167	215
Стоматология	102	137	183	151	213	262	316
Медико-профилактическое дело	51	39	35	38	35	38	38
Лабораторная диагностика	101	100	65	90	70	92	414
Фармация	462	432	382	468	540	510	733

Анализ укомплектованности организаций первичного уровня средним медицинским персоналом в ГСВ говорит о довольно высокой укомплектованности, в 2013 году на уровне 97,4% (Таблица 3). Однако остается очевидным, что вклад специалистов сестринского дела при их хорошей укомплектованности пока низок из-за не внедрения в практику медсестер сестринского процесса, отсутствия стандартов сестринской практики.

Практически все медсестры работают на 1 ставку, укомплектованность высокая и это может служить хорошим мотивом для делегирования части контроля по некоторым НИЗ на медицинских сестер для решения вопросов доступности услуг.

Таблица 3. Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала ПСМП, Кыргызская Республика, 2013 г.

Год	ЦСМ					в т.ч. ГСВ				
	Должности		Физические лица основных работников	% укомплектованности	Коэффициент совместительства	Должности		Физические лица основных работников	% укомплектованности	Коэффициент совместительства
	Штатные	Занятые				Штатные	Занятые			
2011	12870	12288,3	10153	95,5	1,2	7230,5	7004,8	6043	96,9	1,2
2012	12910	12302,8	10393	95,3	1,2	7264,75	7021,3	6262	96,6	1,1
2013	12824	12356,0	10549	96,4	1,2	7075,5	6889,75	6191,00	97,4	1,1

3.3.2. Государственный образовательный стандарт

Начиная с 2013 года во всех медицинских колледжах ведется обучение на основе Государственного образовательного стандарта нового поколения по всем специальностям среднего профессионального/медицинского образования (далее -ГОС).

ГОС - является основным нормативным документом для разработки профессиональных образовательных программ, механизмов и критериев объективного контроля качества образования, обеспечиваемого учебными заведениями, проведения итоговой аттестации выпускников, а также государственной аккредитации (аттестации) учебных заведений профессионального образования, их структурных подразделений и образовательных программ.

ГОС определяет:

- обязательный минимум содержания основных образовательных программ профессионального образования;
- максимальный объем учебной нагрузки обучающихся;
- требования к уровню подготовки выпускников;
- требования к условиям реализации основных образовательных программ профессионального образования, итоговой аттестации выпускников, условиям приема на каждый уровень профессионального образования;
- сроки освоения профессиональных образовательных программ;
- границы компетентности органов государственного управления образованием и учебными заведениями профессионального образования в определении содержания образования и их объемов, то есть обязательного общегосударственного компонента содержания образования и компонента, определяемого учебными заведениями самостоятельно.

Отличительной особенностью нового ГОСа является то, что условной мерой трудоемкости основной профессиональной образовательной программы выступает - кредит (зачетная единица), один кредит равен 36 часам учебной работы студента (включая его аудиторную, самостоятельную работу и все виды аттестации) и применение компетентностного подхода при проектировании учебных планов, программ.

Выполнение ГОСа является обязательным для всех средних профессиональных учебных заведений/медицинских колледжей, реализующих средние профессиональные образовательные программы, независимо от их организационно-правовых форм.

За несоблюдение требований государственных образовательных стандартов медицинские колледжи несут в установленном порядке ответственность в форме: снижения статуса учебных заведений профессионального образования, лишения права на присвоение квалификации или академической степени по отдельным или всем специальностям или направлениям, соответственно, вплоть до лишения права на образовательную деятельность. Форма ответственности учебных заведений устанавливается в процессе их государственных аккредитаций (аттестаций).

В качестве одного из препятствий для реализации ГОСов нового поколения в медколледжах можно рассматривать неготовность преподавателей к разработке нового содержания без соответствующих методических материалов и тренингов.

3.3.3. Организация деятельности по разработке учебных планов и программ в соответствии с ГОС.

На основании Постановления Правительства КР от 5 сентября 2012 года № 610 «Об утверждении Перечня специальностей и нормативных сроков обучения специальностям среднего профессионального образования Кыргызской Республики» Министерством образования и науки КР была создана рабочая группа, в состав которого входили ведущие преподаватели медицинских колледжей, для разработки ГОСов по 10 специальностям в соответствии с перечнем специальностей и нормативных сроков обучения по специальностям среднего медицинского профессионального образования Кыргызской Республики.

Кроме того, в целях совершенствования содержания образовательной деятельности и учебно-методического обеспечения среднего профессионального медицинского образования, разработки структуры учебных планов и программ по дисциплинам, нормативно-инструктивных и учебно-методических документов по их реализации приказом МЗКР № 491 от 17.08.2013 г. «Об утверждении структуры Бишкекского медицинского колледжа (далее - БМК)» создан Учебно-методический центр (УМЦ). Согласно Положения об УМЦ основной функцией является организация и разработка учебных планов и программ для среднего медицинского образования с привлечением различных специалистов, в том числе директоров, заместителей директоров и опытных преподавателей медицинских колледжей.

3.3.4. Обзор и оценка содержания учебных программ на додипломном уровне образования медицинских сестер

Программа среднего медицинского образования колледжей по специальности «Сестринское дело»

В целях данной оценки были изучены программы среднего медицинского образования, разработанные преподавателями Бишкекского медицинского колледжа (БМК) по специальности «Сестринское дело», направленные на освоение компетенций по ГБ и диабету, утвержденные на методическом совете БМК в 2013 году.

Учебный план по специальности «Сестринское дело» хорошо учитывает логическую связь и последовательность изучения вопросов по ГБ и СД. Например, студент изучив тему «Физическая активность», переходит к изучению заболеваний, которые в качестве факторов риска могут быть связаны с низкой физической активностью и далее изучаются дисциплины, направленные на профилактику НИЗ. (Табл. 4).

Таблица 4. Перечень учебных дисциплин, которые включают изучение вопросов, связанных с гипертонической болезнью и сахарным диабетом

№	Название учебной дисциплины	Название темы	Количество часов теория/практика	Семестр/курс
Специальность «Сестринское дело»				
1.	Фармакология	Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему (средства, применяемые при коронарной недостаточности, гипотензивные средства).	2/2	2 семестр – 1 курс
2.	Здоровый человек и его окружение	Физическая активность	8/	4 семестр – 2 курс
3.	Сестринское дело в терапии с курсом первой медицинской помощи	Болезни органов кровообращения (атеросклероз, гипертоническая болезнь)	2/6	4 семестр -2 курс
		Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет).	2/4	5 семестр -3 курс
4.	Клиническая фармакология	Средства для лечения артериальной гипертензии	2/2	5 семестр – 3 курс
5.	Сестринское дело в семейной медицине	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	2/6	5 семестр – 3 курс
		Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы	2/6	
6.	Сестринское дело в гериатрии	Возрастные изменения при заболеваниях органов кровообращения и дыхания	2/6	6 семестр – 3 курс

Подробное содержание учебных программ с разбивкой по часам в Приложении.

1. Программа дисциплины «Фармакология» по специальности «Сестринское дело»

На 1-ом году обучения во 2 семестре студенты изучают дисциплину «Фармакология», которая рассчитана на 72 часа (теория - 42 часа, практика – 30 часов), из них на тему: «Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему (средства, применяемые при коронарной недостаточности, гипотензивные средства)» выделено теория 2 час, практика – 2 час.

Программа базисной фармакологии включает основные разделы: "Общая рецептура", "Общая фармакология", "Частная фармакология".

Цель раздела: "Общая рецептура" ознакомить студентов с современными лекарственными формами, их правильным использованием для получения необходимого лечебного эффекта, а также с правилами оформления рецептов.

При изучении раздела: "Общая фармакология" обращается внимание на вопросы, имеющие наибольшее практическое значение: характеристику путей введения и основных видов действия лекарственных средств, общих закономерностей фармакодинамики и фармакокинетики, ознакомление с различными видами осложнений лекарственной терапии.

В разделе: «Частная фармакология» основное внимание уделено изучению фармакокинетики и фармакодинамики основных групп лекарственных средств и обеспечению интеграции с клиническими дисциплинами. В программу включены препараты, с которыми медицинская сестра чаще всего встречается в своей работе. В отношении таких лекарственных средств, как противозепилептические, противопаркинсонические, антидепрессанты, противобластомные, требуется лишь общее представление. В программу внесено изучение препаратов, включенных в Перечень жизненно важных лекарственных средств.

Задачи дисциплины:

- формирование представлений об основах фармакокинетики и фармакодинамики;
- изучение действия лекарственных средств основных фармакологических групп;
- формирование фармакотерапевтического мышления медицинской сестры, участвующей в лечебном процессе или самостоятельно действующей у постели больного;
- выработка умений и навыков по самостоятельному выписыванию рецептов.

Программа подготовки по теме «Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему» включает представление студентам знаний о гипотензивных средствах:

- Классификация препаратов
- Особенности действия и применения отдельных препаратов (клонидин, метилдофа, резерпин, пропранолол, нифедипин, магния сульфат, гидрохлортиазид, каптоприл)
- Комбинированное применение гипотензивных препаратов
- Побочные эффекты лекарственных средств.

Содержание практического занятия по данной теме направлено на обучение студентов по основным вопросам классификации, фармакодинамики и применения средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему. Выполнение задания по рецептуре. Решение проблемных и ситуационных задач. Демонстрация лекарственных препаратов.

2. Программа дисциплины «Здоровый человек и его окружение» по специальности «Сестринское дело».

Настоящая программа предназначена для реализации требований Государственного образовательного стандарта к уровню подготовки студентов по дисциплине «Здоровый человек и его окружение» и построена так, что элементы здоровья сочетаются с профилактикой.

В программе «Человек и окружающая среда» рассматриваются вопросы влияния вредных факторов окружающей среды на здоровье населения. Программа рассчитана на теоретическую и практическую подготовку квалифицированных специалистов по вопросам «Здоровый человек и его окружение», и преподносится студентам в виде курса теоретических и практических занятий проводимых в кабинетах доклинической практики и на клинических базах.

Программа данной дисциплины направлена на формирование базовых профессиональных знаний, умений и навыков по здоровому образу жизни, необходимых для деятельности медицинской сестры. В программу включено овладение сестринским процессом как методом оказания сестринской помощи пациентам и получение навыков по консультированию пациентов и семьи по вопросам сохранения и укрепления здоровья в разные возрастные периоды.

Данная программа проводится в 4 семестре (2 год обучения) и рассчитана на 8 теоретических часов,

3. Программа дисциплины «Сестринское дело в терапии с курсом первой медицинской помощи» предназначена для реализации требований государственного образовательного стандарта к уровню подготовки студентов по специальности «Сестринское дело», программа построена с акцентом на организацию терапевтической помощи населению, на оказание первой доврачебной помощи при неотложных состояниях.

Задачи дисциплины направлены на :

- максимальную ориентацию на формирование базовых профессиональных знаний, необходимых для деятельности медицинской сестры;
- овладение сестринским процессом и оказание первой доврачебной помощи пациенту;
- обучение студентов консультированию пациентов по вопросам принципов лечения, ухода и профилактики.

В программу включены разделы, которые рассматривают понятия, основные клинические проявления, принципы лечения, профилактику, уход и реабилитацию пациентов с заболеваниями органов дыхания, кровообращения, желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящих путей, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата и профессиональными болезнями.

Данная программа проводится с 3 по 6 семестры и рассчитана на 234 часов, из которых на теорию выделено 80 часов и практические занятия 154 часа.

Программа включает несколько тем по различным видам заболеваний терапевтического профиля. Например, по теме: «Болезни органов кровообращения» выделено 72 часа (теория - 20 часов, практика – 52 часа), из них на ГБ выделено теория 2 часа, практика – 6 часов. На заболевания эндокринной системы выделено 12 часов (теория – 6 часов, практика – 6 часов), из них на изучение СД отведено на теорию 2 часа, практику – 4 часа.

Следует отметить, что практика, то есть **практические занятия проводятся в учебных комнатах с применением различных устройств(манекенов) и не предполагают контакт с пациентом в медицинском учреждении.**

Программа имеет утвержденный перечень знаний и умений, которыми должен студент владеть после изучения дисциплины «Сестринское дело в терапии с курсом первой медицинской помощи».

Итоговый контроль (экзамен/зачет) проводится по текущим оценкам, промежуточной аттестации и итоговой государственной аттестации.

Программы подготовки по теме «Болезни органов кровообращения» включает представление студентам следующих теоретических навыков/знаний по ГБ:

- Определение гипертонической болезни
- Классификация, факторы риска, симптомы, методы обследования, принципы лечения
- Сестринский процесс - роль медсестры в профилактике гипертонической болезни
- Консультирование пациента по вопросам диетотерапии
- Гипертонический криз- определение, симптомы, оказание неотложной доврачебной помощи и сестринский уход при гипертоническом кризе.

Содержание практического занятия по данной теме направлено на обучение студентов проводить физикальную оценку пациента с заболеваниями органов кровообращения, оценку их тяжести состояния, обучение навыкам работы с тонометром при измерении АД, определение пульса, капельное введение лекарственных средств, ознакомление с лабораторными (биохимическими) анализами крови и инструментальными (ЭКГ, ЭХО, УЗИ сердца, велоэргометрия) методами исследования при заболеваниях органов кровообращения.

Кроме того, практические занятия направлены отдельно на сбор информации и физикальную оценку общего состояния пациента с гипертонической болезнью:

- определение приоритетных проблем
- определение пульса и измерение АД
- консультирование пациента по вопросам приема гипотензивных препаратов, профилактики гипертонической болезни и принципам диетотерапии.
- проведение физикальной оценки пациента, оценку тяжесть состояния и оказание первой доврачебной помощи при гипертоническом кризе.

Программы подготовки по теме «Заболевания эндокринной системы» включает представление студентам следующих теоретических навыков/знаний по СД:

- Определение сахарного диабета
- Причины, симптомы, принципы лечения и ухода
- Подготовка пациентов к лабораторно-инструментальным методам исследования
- Особенности диеты
- Осложнения, возникающие при сахарном диабете
- Роль медсестры в оказании первой неотложной помощи при комах
- Роль медсестры в консультировании пациентов по вопросам лечебного питания.

Содержание практического занятия по данной теме направлено на уход за пациентами с сахарным диабетом, ожирением. Сбор информации и оценка общего состояния пациента. Приоритетные проблемы пациента. Сестринский уход. Консультирование пациента и семьи по вопросам профилактики и диетотерапии. Разбор

ситуационных задач с обоснованием ухода за пациентами. Обучение пациентов правилам подкожной инъекции и инсулинотерапии, оказание помощи при осложнениях. Консультирование пациента и семьи по вопросам профилактики и диетотерапии.

4. Программа дисциплины «Клиническая фармакология» по специальности «Сестринское дело».

Данная программа изучается на 3-ом году обучения в 5 семестре и рассчитана на 36 часов, из которых на теорию выделено 20 часов и практические занятия 16 часов.

Задачи дисциплины направлены на формирование фармакотерапевтического мышления медицинской сестры, участвующей в лечебном процессе и своевременное определение нежелательных эффектов лекарственных веществ.

В программе рассматриваются основные вопросы фармакотерапии воспалительных, аллергических процессов, болевого синдрома, сердечно-сосудистых заболеваний, бактериальных инфекций. На тему: «Средства для лечения артериальной гипертензии» выделено 2 часа на теорию и 2 часа на практику.

Программы подготовки по теме «Средства для лечения артериальной гипертензии» включает представление студентам следующих теоретических навыков/знаний:

- фармакологические группы препаратов, обладающих гипотензивным действием (резерпин, раунатин, раувазин, клонидин, дибазол, папаверин, но-шпа, каптоприл, келлин).
- гипертонический криз (гипер-, гипокинетические типы) неотложная помощь.

Содержание практического занятия по данной теме направлено на обучение студентов проведению самоконтроля и самонаблюдения пациентов при постоянном лечении гипотензивными препаратами.

5. Программа дисциплины «Сестринское дело в семейной медицине».

В дисциплине «Сестринское дело в семейной медицине» изучаются вопросы по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению и роль семейной медсестры в системе здравоохранения Кыргызской Республики и перечень основных мероприятий по профилактики заболеваний в семейной медицине.

Изучение дисциплины завершается текущим зачётом.

Данная программа проводится в 5 семестре и рассчитана на 90 часов, из которых на теорию выделено 36 часов и практические занятия 54 часа.

Данная программа также включает несколько тем по различным видам заболеваний терапевтического профиля. Например, по теме «Болезни органов кровообращения» выделено 72 часа (теория - 20 часов, практика – 52 часа), из них на изучение ГБ выделено на теорию 2 часа, практику – 6 часов. На тему «Заболевания эндокринной системы» выделено 12 часов (теория – 6 часов, практика – 6 часов), из них на изучение СД выделено на теорию 2 часа, на практику – 4 часа.

Программы подготовки по теме «Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы» включает представление студентам следующих теоретических навыков и знаний по ГБ:

- Определение гипертонической болезни
- Классификация, факторы риска, симптомы, методы обследования, принципы лечения
- Сестринский процесс - роль медсестры в профилактике гипертонической болезни
- Консультирование пациента по вопросам диетотерапии
- Гипертонический криз- определение, симптомы, оказание неотложной доврачебной помощи и сестринский уход при гипертоническом кризе.

Содержание практического занятия по данной теме направлено на приобретение навыков консультирование пациента по вопросам приема гипотензивных препаратов, профилактики гипертонической болезни и принципам диетотерапии и оказание первой доврачебной помощи при гипертоническом кризе.

Анализ содержания содержание рабочих программ двух дисциплин «Сестринское дело в терапии с курсом первой медицинской помощи» и «Сестринское дело в семейной медицине» по изучению вопросов, связанных ГБ полностью совпадают. Это указывает на то, что студенты изучают одни и те же вопросы в разных темах «Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы» и «Болезни органов кровообращения».

Программы подготовки по теме «Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы» включает представление студентам следующих теоретических навыков/знаний по СД:

- Определение сахарного диабета
- Причины, симптомы, принципы лечения и ухода
- Подготовка пациентов к лабораторно-инструментальным методам исследования
- Особенности диеты
- Осложнения, возникающие при сахарном диабете
- Роль медсестры в оказании первой неотложной помощи при комках
- Роль медсестры в консультировании пациентов по вопросам лечебного питания.

Содержание практического занятия по данной теме направлено на обучение студентов правилам проведения подкожной инъекции и инсулинотерапии, оказание первой помощи при осложнениях.

Аналогичная ситуация складывается по дублированию дидактических единиц содержания рабочих программ этих же дисциплин «Сестринское дело в терапии с курсом первой медицинской помощи» и «Сестринское дело в семейной медицине» по темам «Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы» и «Заболевания эндокринной системы».

6. Программа дисциплины «Сестринское дело в гериатрии» по специальности «Сестринское дело».

Программа построена так, что рационально сочетаются элементы гериатрической деятельности на этапах гериатрического лечения.

Изучение курса «Сестринское дело в гериатрии» преследует цель основ клинического мышления, оказания медицинской социальной помощи пожилым и старым людям.

Программа рассчитана на теоретическую, практическую подготовку квалифицированных специалистов по вопросам гериатрии в сестринском деле и преподносится студентам в виде курса теоретических и практических занятий проводимых в кабинетах ЦСМ и в домах престарелых.

Изучение дисциплины завершается зачетом по текущим оценкам.

Данная программа включает несколько тем по различным видам заболеваний терапевтического профиля, проводится в 6 семестре и рассчитана на 36 часов (теория - 12 часов, практика – 24 часа). На тему: «Возрастные изменения при заболеваниях органов дыхания и кровообращения» выделено 8 часов (теория – 2 часа, практика – 6 часов), из них на ГБ выделено теория 1 час, практика – 2 час. На заболевания эндокринной системы часы не предусмотрены.

Программа подготовки по теме «Болезни органов кровообращения» включает представление студентам следующих теоретических навыков/знаний по ГБ: особенности течения заболевания, наблюдения и ухода за пожилыми и старыми людьми. Измерение артериального давления, подсчитывание пульса и их интерпретация.

Содержание практического занятия по данной теме направлено на обучение студентов проведению наблюдения и ухода за пациентами пожилого и старческого возраста с ГБ и оказанию неотложной медицинской помощи при гипертоническом кризе.

3.3.5. Обзор содержания учебных программ на непрерывном уровне образования семейных медицинских сестер

Для анализа учебных программ непрерывного медицинского образования специалистов сестринского дела были изучены программы и учебный план непрерывного профессионального обучения медицинских сестер ГСВ/ЦСМ «Сестринское дело в семейной медицине», разработанные преподавателями кафедры «Сестринское дело в семейной медицине» Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (далее - КГМИПиПК), утвержденные на заседании учебно-методического совета КГМИПиПК.

Цель программы: Подготовить квалифицированных специалистов сестринского дела в области семейной медицины.

Задачи:

1. Повысить качество знаний медсестер по наиболее распространенным заболеваниям среди населения.
2. Улучшить качество сестринских вмешательств при работе с пациентами и членами их семей.
3. Обучить навыку консультирования пациентов и членов их семей, основываясь на принципах межличностного общения

Продолжительность цикла: 384 часа (2 месяца).

В соответствии с учебно-тематическим планом на тему «Гипертоническая болезнь» выделено всего 3 часа, из них 1 час на лекцию и 2 часа на практическое занятие. На тему «Сахарный диабет» выделено 4 часа, из них 2 часа теории и 2 часа практики. Учебная программа по данным темам составлена на основе Клинического руководства по диагностике и лечению сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения, Клинического руководства по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых, а также Клинического протокола сестринского процесса по ведению гипертонической болезни.

В программе рассматриваются роль медсестры в предоставлении сестринской помощи при ГБ и СД на уровне ПМСП и уделяется важное значение вопросам консультирования и обучения пациента.

Содержание практического занятия по данным темам проводится в клинических классах и не предполагает контактов с пациентами и направлена на обучение слушателей по ведению больных с ГБ и СД на основе сестринского процесса: сбор и оценка субъективных и объективных данных при ГБ и СД, постановка сестринского диагноза, представление сестринских рекомендаций при данных заболеваниях, в том числе основы инсулинотерапии и профилактика и уход за диабетической стопой. Практическая программа подразумевает только обучение студентов технике введения инсулина, для того чтобы в дальнейшем при работе медсестры могли обучать пациентов. По диабетической стопе, программа предусматривает обязательное обучение пациента профилактике развития диабетической стопы: осмотр ног, гигиене ног, уход за ногами, подбор обуви. Однако следует отметить, что в целом количество часов выделенное как на практику, так и теорию является недостаточным.

4. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:

4.1. Нормативные правовые акты:

1. В условиях реформирования здравоохранения, когда значительно возросла роль специалистов сестринского дела на уровне ПМСП в оказании помощи пациентам с НИЗ, очевидна необходимость полной регламентации деятельности медицинского персонала среднего звена с делегированием конкретных функциональных обязанностей врачей и создания нормативных документов.

Проведенный анализ нормативных документов, регламентирующих деятельность среднего медицинского персонала на ПМСП показал, что в настоящее время каких-то нормативных документов и норм, которые могут запрещать медицинским сестрам расширить их функциональные обязанности в плане ведения некоторых НИЗ нет.

Для того, чтобы, семейная медицинская сестра из исполнителя распоряжений врача стала равноправным участником проведения лечебно-профилактического процесса, и смогла принимать на себя функции по ведению некоторых НИЗ необходимо все положения регламентирующие деятельность медицинских сестер привести в соответствие с возложенными на нее задачами.

Кроме того, требуется четкая связь и соответствие между нормативными документами, регламентирующими деятельность медицинской сестры и имеющимися программами обучения на всех уровнях образования, как додипломный, так непрерывный уровни

обучения. Например, система образования проводит обучение медсестер по сестринскому процессу, а в практическом здравоохранении оно не находит применения и не внедряется, т.к. в нормативных документах только прописано, что будут внедряться новые сестринские технологии, но не разработаны механизмы, рычаги внедрения, нет ответственности, нет оценки деятельности. Поэтому чаще всего теоретические навыки, полученные во время учебного процесса не находят практического внедрения и не востребованы.

2. Анализ имеющихся НД, регламентирующих практику среднего медицинского персонала на первичном уровне показывает, что семейной медицинской сестре отводится важное место, она должна быть квалифицированным специалистом в области сестринского дела в пределах своей компетенции, включая профилактические и реабилитационные мероприятия. В нормативных документах отражено, что семейная медицинская сестра должна работать в партнерстве с семейным врачом, однако специальных положений каким образом должно данное партнерство осуществляться нет. Скорее всего, не принимаются во внимание клинические аспекты, только административные аспекты взаимодействия.

3. На сегодняшний день из стандартов сестринской практики существуют только два:

- Стандарт по технике выполнения манипуляций
- Стандарт сестринской практики по ведению больных с гипертонической болезнью (Клинический протокол сестринского процесса по ведению гипертонической болезни, принятый в 2005 году, прилагается). Данный клинический протокол по сестринскому делу «Гипертоническая болезнь» был принят более 10 лет назад и требует пересмотра.

Стандарты сестринской практики по ведению сахарного диабета отсутствуют.

4. Большинство НД, регламентирующих практику медицинских сестер на первичном уровне были приняты в период до 2005 года. Единственным НД, принятым после этого периода в 2014 году было Положение о создании в ЦСМ кабинетов по неинфекционным заболеваниям или доврачебных кабинетов. Создание данных кабинетов было предпринято в рамках реализации программы реформирования здравоохранения «Денсоолук», где особый упор делается на борьбу с высокими показателями по НИЗ (ССЗ, диабет). В рамках данного Положения планируется создать кабинеты по неинфекционным заболеваниям или доврачебные кабинеты во всех ЦСМ.

На сегодняшний день имеются уже положительные результаты, где данные кабинеты были внедрены и есть твердое мнение, что данная практика должна обязательно распространяться. Однако требуется доработка нормативных документов в плане выработки четких стандартов практики, в связи с чем необходимо пересмотреть и разработать функциональные обязанности и должностные инструкции семейной медсестры, которые будут включать все выполняемые обязанности и функции в доврачебных кабинетах.

5. Анализ утвержденных положений показал, что отсутствуют четкие критерии, регламентирующие в целом «Функциональные обязанности медсестры/фельдшера», не уточнены современные делегированные от врачей на медицинскую сестру мероприятия по обслуживанию приписанного населения по семейному принципу, не выделены

конкретные мероприятия, проводимые семейной медицинской сестрой самостоятельно. Отсутствие четких прописанных функциональных обязанностей не позволяет определить в полной мере полномочия медицинских сестер и ограничить их обязанности от обязанностей семейных врачей.

На сегодняшний день также отсутствуют Единая типовая должностная инструкция на основе которой все ОЗ должны формировать инструкции на каждую семейную медицинскую сестру. В связи с этим необходимо на местах изучить наличие должностных инструкций, их содержание и соответствие их стандартам и практике медицинских сестер.

6. Нормативные документы, регламентирующие номенклатуры должностей предполагают наличие на первичном уровне дополнительной штатной единицы - ассистента семейной медицинской сестры, однако разработанного Положения о ее функциональных обязанностях нет и в настоящее время данная должность не введена ни в одном ЦСМ, поскольку утвержденные штатные единицы не предусматривают наличие дополнительных штатных единиц. При этом имеется разработанное Положение об ассистенте медсестры для стационарной службы.

Возможно, в рамках планирующего расширения полномочий и функций медицинской сестры на первичном уровне, наличие данной штатной единицы могло бы сыграть положительную роль. Наличие «помощников» у медицинских сестер может позволить медицинским сестрам уделять больше времени на ведение некоторых НИЗ (ГБ, диабет) и профилактической работе с населением.

7. Следует особо отметить, что отсутствует регламентированная система оценки результативности деятельности семейных медсестер, что может приводить к несправедливому материальному стимулированию труда семейных медицинских сестер.

На сегодняшний день все медицинские сестры получают оплату труда в соответствии утвержденными нормативами из средств ОМС, бюджета и специальных средств в бюджете организаций здравоохранения. Согласно утвержденным нормативным документам часть финансовых средств из указанных выше трех источников направляется на дополнительные выплаты медицинским работникам. При этом сформировавшийся фонд дополнительный заработной платы (ДЗП) начисляется в соответствии с коэффициентом трудового участия (КТУ) каждого подразделения и отдельного работника ОЗ, однако существующая система начисления заработной платы в организациях здравоохранения недостаточно понятна и не всегда отражает вклад конкретного работника.

Следует отметить, что на ПМСП уровень заработной платы у среднего медицинского персонала ниже, чем в стационарах. Поскольку в стационарах фонд оплаты труда выше за счет средств сооплаты, а также за работу в ночное время, срочные вызовы и др.

Одним из аспектов влияния обучения на заработную плату является наличие той или иной категории по результатам аттестации, для получения которой необходимо соответственно пройти обучение и набрать необходимое количество кредит-часов. Однако, следует отметить, что Положения и процедуры о проведения аттестации не позволяют оценивать практические навыки медицинских сестер. И в настоящее время, процесс присуждения квалификационной категории носит несколько формальный и не объективный характер.

4.2. Рекомендации

- 1) Разработать стандарты сестринской практики по сахарному диабету, включающие карту сестринского наблюдения за пациентом с учетом делегирования дополнительных функциональных обязанностей медицинским сестрам
- 2) Пересмотреть стандарт сестринской практики по ГБ с учетом современных рекомендаций по ведению ГБ также с учетом расширения делегирования дополнительных функциональных обязанностей семейным медицинским сестрам.
- 3) Пересмотреть приказы (Приказ МЗКР № 289 от 02.07. 2005г), регламентирующие. регулирующих деятельность специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ с учетом делегирования определенных обязанностей по ведению НИЗ (в частности ГБ и СД и другие) семейным медсестрам. Пересмотр функциональных обязанностей семейной медицинской сестры, которая предполагает и дает больше полномочий и функции в плане ведения НИЗ м/с необходимо соответственно пересмотреть функциональные обязанности также семейных врачей.
- 4) При пересмотре вышеуказанного приказа обратить внимание на пересмотр по формированию квалификационных требований к должности семейной медсестры необходимо внести требования:
 - к уровню и профилю профессионального образования в случаях, если исполнение должностных обязанностей требует специальных знаний, указывается специальность и/или квалификация (например, специальность «Сестринское дело»);
 - к стажу или опыту работы по специальности;
 - дополнительному профессиональному образованию
 - личностные качества.
- 5) При разработке квалификационных требований следует необходимо четко разграничивать знания, умения и навыки/манипуляции и правильно их формулировать.

На основе разработанных квалификационных характеристик семейной медсестры и Положения о семейной медсестре, должна быть разработана Типовая должностная инструкция семейной медицинской сестры или так называемая Модель роли медицинской сестры на основе анализа содержания и описания работы, выполняемой семейной медицинской сестрой. Кроме того, эта модель должна быть, возможно, разной в зависимости от ЦСМ, которая расположена в городе или селе.

- 6) Разработать систему оценки результативности деятельности семейных медсестер, которая предполагает дополнительную оплату по результатам деятельности и хорошие показатели. С этой целью необходимо разработать показатели и критерии оценки деятельности семейной медицинской сестры в организациях здравоохранения, в том числе при проведении процедуры аттестации на присуждение или подтверждении квалификационной категории.

4.3. Учебные программы на додипломном и непрерывном уровне образования медицинских сестер:

1. При анализе учебных планов и программ среднего медицинского образования было установлено, что в учебном плане по специальности «Сестринское дело» предусмотрено изучение ГБ и СД и соблюдается последовательность преподавания дисциплин по семестрам.

Количество часов предусмотренных на изучение вопросов, связанных с ГБ и СД согласно учебного плана 54 часа, из них 22 часа выделено на теорию и 32 часа на практику.

2. При рассмотрении содержания рабочих программ «Сестринское дело в терапии с курсом первой медицинской помощи» и «Сестринское дело в семейной медицине» было выявлено, что дидактические единицы двух программ по темам «Болезни органов кровообращения» и «Роль семейной медсестры по уходу по проблемам ГБ и СД» полностью дублируются, несмотря на то, что это разные дисциплины. Если первая программа «Болезни органов кровообращения» должна включать общие понятия о заболеваниях, в том числе ГБ, то вторая программа «Роль семейной медицинской сестры по уходу за ГБ и СД» должна уже предусматривать формирование специфичных знаний умений и навыков у студентов, включать обязательно вопросы обучения пациентов, родственников и др.

В связи с этим необходимо пересмотреть содержание рабочих программ «Сестринское дело в терапии с курсом первой медицинской помощи» и «Сестринское дело в семейной медицине» с целью исключения дублирования и изучения ГБ и СД в рамках сестринского процесса с применением доказательной медицины и с учетом усиления роли семейных медсестер на уровне ПМСП. Необходимо также рассмотреть вопрос об увеличении количества часов по теме ГБ и СД.

3. С внедрением ГОСов нового поколения в образовательные программы среднего медицинского образования проявляется неготовность преподавателей к разработке нового содержания программ на основе компетентного подхода без соответствующих методических материалов и тренингов.

4. Анализ программы и учебного плана непрерывного профессионального развития медицинских сестер ГСВ/ЦСМ «Сестринское дело в семейной медицине» показал, что количество часов, выделяемых на темы по ГБ и СД является недостаточным и рекомендуется пересмотреть их содержание, с учетом увеличения доли хронических неинфекционных заболеваний в структуре заболеваемости и смертности населения, таких как сердечно - сосудистые заболевания, сахарный диабет. Кроме того, необходимо разработать учебные программы на основании разработанных и пересмотренных стандартов сестринской практике по ведению пациентов ГБ и СД на первичном уровне.

5. Необходимо разработать образовательные программы для непрерывного образования, направленные на профилактику, раннее выявление заболеваний, эффективный уход и комплексную медико-социальную реабилитацию пациентов (стандарты сестринского ухода за пациентами с гипертонической болезнью и сахарным диабетом). Для расширения границ компетенции сестринского персонала (делегируемые полномочия) необходимо выделить стандартизированные элементы медицинской

помощи, например, по таким направлениям как, обучение пациентов и уход, выявление потребностей пациентов, беседа обучение родственников пациентов и др.

5. ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ НА ПОЛЕВОМ ЭТАПЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Сестринский процесс – насколько данный процесс был внедрен в ОЗ, каким образом организуется работа и сами медсестры понимают ли смысл и значение сестринского процесса
- На сегодняшний день отсутствуют Единая типовая должностная инструкция на основе которой все ОЗ должны формировать инструкции на каждую семейную медицинскую сестру. В связи с этим необходимо на местах изучить наличие должностных инструкций, их содержание и соответствие их стандартам и практике медицинских сестер.
- Требуется изучение работы кабинетов НИЗ на полевом этапе, чтобы определить, насколько эффективно организована работа в данных кабинетах и каким образом организована работа медицинского персонала в данном процессе.
- Каким образом проводится процедура мониторинга и оценки деятельности сестринской деятельности в ОЗ (специально разработанных положений нет, только есть в обязанностях старшей м\с, что она должна проводить мониторинг и оценка деятельности м\с)
- Изучение мнения м\с насколько программы обучения на додипломном и непрерывном уровнях дают им соответствующие навыки и знания по НИЗ, значение клинической практики
- Изучения мнения других мед. колледжей об учебных программах по изучению НИЗ (ГБ. СД)
- Изучение практики СВ и СМ : должна ли включать оценку их знаний и практических навыков о некоторых НИЗ (диабет гипертония, ХОБЛ)?
- Основные инструменты для оценки
- Выборка областей, регионов
- Репрезентативность данных (кол-во опрошенных врачей, м\с, пациентов)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

**Тематический план
дисциплины «Сестринское дело в терапии с курсом
первичной медицинской помощи»
по специальности «Сестринское дело»**

Теоретические занятия – 4 семестр.

№	Наименование тем	Кол-во часов
1	Болезни органов кровообращения (методы обследования).	2
2	Болезни органов кровообращения (ревматизм).	2
3	Болезни органов кровообращения (порок сердца).	2
4	Болезни органов кровообращения (эндокардит, миокардит, перикардит).	2
5	Болезни органов кровообращения (атеросклероз ,гипертоническая болезнь).	2
6	Болезни органов кровообращения (КБС, стенокардия).	2
7	Болезни органов кровообращения (КБС, острый инфаркт миокарда).	2
8	Болезни органов кровообращения (острая сердечная недостаточность).	2
9	Болезни органов кровообращения (хроническая сердечная недостаточность).	2
10	Болезни органов кровообращения (острая сосудистая недостаточность).	2
	Итого:	20

Практические занятия - 4 семестр.

№	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Болезни органов кровообращения (методы обследования).	6
2.	Болезни органов кровообращения (уход при ревматизме).	6
3.	Болезни органов кровообращения (уход при пороке сердца).	6
4.	Болезни органов кровообращения (уход при гипертонической болезни, атеросклерозе).	6
5.	Болезни органов кровообращения (уход при осложнениях гипертонической болезни).	6
6.	Болезни органов кровообращения (уход при стенокардии, остром инфаркте миокарда).	6
7.	Болезни органов кровообращения (уход при острой сердечной недостаточности).	6
8.	Болезни органов кровообращения (уход при хронической сердечной недостаточности).	6
9.	Болезни органов кровообращения (уход при острой сосудистой недостаточности).	4
	Итого:	52

Теоретические занятия – 5 семестр.

№	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Болезни пищеварения (методы обследования). Гастриты острые и хронические.	2
2.	Болезни пищеварения (язвенная болезнь, рак желудка).	2
3.	Болезни пищеварения (гепатиты, цирроз печени)	2
4.	Болезни пищеварения (холецистит, желчнокаменная болезнь).	2
5.	Болезни почек (гломерулонефрит).	2
6.	Болезни почек (пиелонефрит, почечнокаменная болезнь).	2
7.	Болезни почек (острая, хроническая почечная недостаточность).	2
8.	Заболевания крови (анемии).	2
9.	Заболевания крови (лейкоз, геморрагический диатез).	2
10.	Заболевания эндокринной системы (гипертиреоз, гипотиреоз, эндемический зоб).	2
11.	Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет).	2
12.	Заболевания эндокринной системы (ожирение).	2
	Итого:	24

Практические занятия – 5 семестр.

№	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Болезни пищеварения (методы обследования, уход при гастритах язвенной болезни, раке желудка).	6
2.	Болезни пищеварения (уход при гепатите, циррозе печени, холецистите, желчнокаменной болезни).	6
3.	Болезни почек.	6
4.	Заболевания крови (уход при заболеваниях крови).	6
5.	Заболевания эндокринной системы.	6
	Итого:	30

Тематический план

**дисциплины «Сестринское дело в семейной медицине»
для специальности «Сестринское дело»**

Теоретические занятия - 5 семестр

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Концепция семейной медицины, роль семейной медсестры.	2
2.	Понятие «семья» и психологические нагрузки. Здоровье и болезнь.	2
3.	Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами	2
4.	Консультирование членов семьи по уходу за новорожденными. Виды кормления.	2
5.	Роль семейной медсестры по уходу за детьми с соматическими заболеваниями	2
6.	Роль семейной медсестры при работе с подростками. Вопросы гигиены и полового воспитания. Вредные привычки	2
7.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями	2

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
	респираторной системы. Профилактика ХОБЛ	
8	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.	
9.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения.	2
10	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.	
11	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями эндокринной системы.	2
12	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями крови.	
13	Инфекционный пациент в семье. Профилактика ВИЧ/СПИД	2
14	Туберкулезный пациент в семье. Профилактика	2
15	Неврологический пациент в семье.	2
16	Онкологический пациент в семье.	
17	Хирургический пациент в семье.	
18	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	
	Итого:	36

Практические занятия - 5 семестр

№ п/п	Наименование тем	Кол-во часов
1.	Организация работы семейной медсестры. Сестринский процесс и решение ситуационных задач	6
2.	Роль семейной медсестры при работе с беременными женщинами.	6
3.	Роль семейной медсестры при уходе за новорожденными. Виды кормления.	6
4.	Роль семейной медсестры при работе с подростками.	6
5.	Роль семейной медсестры по уходу за больными с заболеваниями респираторной и сердечно - сосудистой системы.	6
6.	Роль семейной медсестры по уходу за пациентами с заболеваниями органов пищеварения, мочевыделительной и эндокринной системы.	6
7.	Роль семейной медсестры по уходу за инфекционными, в том числе туберкулезными больными.	6
8.	Роль семейной медсестры по уходу за неврологическими, онкологическими и хирургическими пациентами.	6
9.	Роль семейной медсестры при работе с пожилыми в семье. Консультирование членов семьи по уходу.	6
	Итого:	54