

# The ways of formation of new generation of nurses in Kazakhstan

**ABDRAKHMANOVA AO, BAYGOZHINA ZA, KALIYEVA MA**

*RSE on the REM «Republican Center for Health Development», Astana, Kazakhstan*

During the years of the Soviet system nurses had lost their independence, initiative, creative approach to work, which led to the low level of professional competence and professional status of nurses. Global changes in Kazakhstan health system are largely dependent on the competence of medical staff, particularly nurses. New generation nurses training in – Bachelor of Nursing will not only improve the profession's prestige, but will provide the opportunity to transfer a large share of the doctors functionality to nurses, and subsequently will improve the deficiency of medical staff.

**Keywords:** Bachelor of Nursing, quality of nursing education.

**J Clin Med Kaz 2014; 4(34): 5-9**

**Автор для корреспонденции:** Абдрахманова Айгуль Ортайевна, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» 010000 Астана, Иманова, 13, оф. 613, 8 701 747 81 03, e-mail: rdrc@mail.ru

## ҚАЗАҚСТАНДА МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ЖАҢА ГЕНЕРАЦИЯСЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖОЛДАРЫ

Абдрахманова А.О., Байгожина З.А., Калиева М.А.

«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Астана қ., Қазақстан

Кеңес өкіметі жылдары мейірбикелер дербестілікті, жігерлікті, жұмысқа деген шығармашылық көзқарасты жоғалтты, мейірбикелердің кәсіптік біліктілік деңгейінің төмендеуі, мамандық беделінің жоғалуы осыған байланысты. Қазақстандық денсаулық саласындағы ғаламдық өзгерістер көбіне медициналық кадрлардың біліктілігіне байланысты, соның ішінде мейірбикелер біліктілігіне.

Мейірбикелер ісі бакалаврларын яғни, мейірбикелердің жаңа генерациясын дайындау тек қана мамандық беделін жоғарлатып қоймай, дәрігерлердің атқаратын қызметтерінің көп үлесін мейірбикелерге беруге мүмкіндік береді, дәрігерлер кадрларының жетіспеушілігін төмендетеді.

**Маңызды сөздер:** мейірбикелер ісі бакалаврлары, мейірбикелерді дайындау сапасы.

## ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ НОВОЙ ГЕНЕРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В КАЗАХСТАНЕ

Абдрахманова А.О., Байгожина З.А., Калиева М.А.

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», г.Астана, Казахстан

За годы Советской власти медицинские сестры утратили самостоятельность, инициативу, творческий подход к работе, отсюда низкий уровень профессиональной компетентности медицинских сестер, утрата престижа профессии. Глобальные перемены казахстанского здравоохранения во многом зависят от компетентности медицинских кадров, в частности медицинских сестер. Подготовка медицинских сестер новой генерации – бакалавров сестринского дела не только поднимет престиж профессии, но и позволит передать большую долю функционала врачей медицинским сестрам, снизит дефицит врачебных кадров.

**Ключевые слова:** бакалавры сестринского дела, качество подготовки медицинских сестер

Успех реформ развития здравоохранения Казахстана, реализация национальной программы «Саламатты Қазақстан», во многом зависят от профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров [1]. С 2007г. реализуются новые программы медицинского образования на додипломном, последипломного и непрерывном профессиональном развитии, создана нормативная база медицинского и фармацевтического образования, сопоставимые с мировыми стандартами.

Не менее актуальным является образование средних медицинских работников (СМР), повышенный интерес к которым, обусловлен не только повсеместным ухудшением состояния здоровья населения, ростом первичной заболеваемости и увеличением количества хронической патологии, а также растущим дефицитом врачебных кадров, большой загруженностью их рутин-

ной, порой неквалифицированной работой.

Несмотря на то, что в РК, как и в большинстве постсоветских республик, СМР наиболее многочисленная армия медицинских кадров и по статистическим данным (статистическая отчетная форма №30) их число из года в год увеличивается, все отрасли здравоохранения республики испытывают дефицит в медсестринских кадрах [2]. Особенно остро нехватка СМР ощущается на уровне первичного звена медико-санитарной помощи (ПМСП), не хватает фельдшеров для комплектации фельдшерских бригад скорой медицинской помощи (рис. 1).



**Рисунок 1.** Динамика изменения численности СМР на 10 тыс. населения Республики Казахстан

Актуальной проблемой является качество подготовки медицинских сестер, не соответствующее потребностям и мировым стандартам. Медицинские колледжи продолжают готовить простых исполнителей, помощников врачей, не имеющих самостоятельности, не способных к научному анализу, инициативе, безучастных к управленческой и административной работе медицинской организации. Уровень профессиональной компетентности медицинских сестер (МС) в Казахстане остается низким.

По данным Международной организации труда [3,4] причины нехватки СМР во всех странах примерно одинаковые - это низкая заработная плата, продолжительный рабочий день, большой объем работы, часто не соответствующий уровню квалификации, монотонная, рутинная работа (раскладка и раздача лекарственных препаратов, подклеивание анализов в медицинские документы и др.), не требующая специального и длительного обучения в медицинских колледжах. В Казахстане нехватка и отток из здравоохранения медсестринских кадров кроется также в снижении престижа когда-то милосердной сестры, а сама медицинская сестра не вызывает доверия у пациентов и коллег.

Между тем исторический и международный опыт свидетельствует о ведущей роли медицинских сестер в оказании первичной помощи пациентам, профилактике и реабилитации.

Во всех западных странах медицинские сестры работают самостоятельно, ведут первичный прием, назначают лечение в пределах своих компетенций, пользуются авторитетом пациентов, к их мнению прислушиваются врачи [5-8]. На Западе медицинские сестры принимают активное участие в решении проблем сестринской службы и всей медицинской организации, в которой они работают: в проведении аттестации, сертификации, педагогической и наставнической деятельности, научных исследованиях, имеют возможность карьерного роста, получения высшего сестринского образования и ученых степеней в сестринском деле (магистр, PhD).

В 1899 году, при активной деятельности и поддержке медицинских сестер Англии, США, Канады была создана первая в мире профессиональная организация женщин, тогда же на конференции в Лондоне было предложено организовать подготовку кадров среднего и младшего медицинского персонала [8]. Основоположниками современного сестринского дела были Флоренс

Найтингейл (англичанка), Даша Севастопольская (русская), которые организовали помощь раненым солдатам во время Первой Севастопольской обороны [8,9]. Неоценимый вклад по спасению раненных во время второй мировой войны внесли 300 тысяч медицинских сестер и более 500 сандружинниц, более 9 тыс. из них погибли на полях сражения и пропали без вести [10]. Завоевав признательность, всеобщее уважение и почетное звание «сестер милосердия», с годами наши медицинские сестры утратили свой авторитет, став простыми исполнителями поручений врача, зачастую безинициативных и бесправных.

В Швеции, Финляндии, Нидерландах, Англии первичный осмотр пациентов, решение вопроса о направлении его к врачу либо в больницу, назначение некоторых лекарственных средств в соответствии с клиническими протоколами, принятие решения по изменению режима медикаментозной терапии, оказание высококвалифицированной помощи больным с хроническими и сложными состояниями (сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность, психические заболевания) возлагается на медицинских сестер [5,6,7].

В Англии медицинские сестры проходят специальную подготовку по оказанию специализированной помощи по определенным заболеваниям (сахарный диабет, бронхиальная астма и др.), в послеоперационном периоде и с болевым синдромом [5,7], что еще более расширяет их функциональные обязанности.

Во многих европейских странах и США средние медицинские работники широко привлекаются к административно-управленческой деятельности, имеют статус самостоятельных профессионалов [11-15].

Как образец по качеству подготовки медицинских сестер, обслуживания населения и доступности медицинских услуг, Всемирной организацией здравоохранения предлагается система здравоохранения Финляндии [16]. 80% пациентов в Финляндии предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В повсеместно распространенных центрах здоровья в Скандинавских странах ведущая роль также принадлежит медицинским сестрам (бакалаврам) [17].

Практическая медицинская сестра в Финляндии (в РК - младшая медицинская сестра) после трехгодичного обучения обеспечивает уход за пациентом под руководством и контролем медицинской сестры, закончивших

бакалавриат и вошедших в регистрационный реестр бакалавров сестринского дела – registered nurse (зарегистрированная медицинская сестра).

Главные направления деятельности практической медсестры - оказание первой помощи, первичного и основного ухода за больными без права введения внутривенных инъекций, выписывания рецептов, доступа к наркотическим препаратам, а также без права медицинского управления (администрирования).

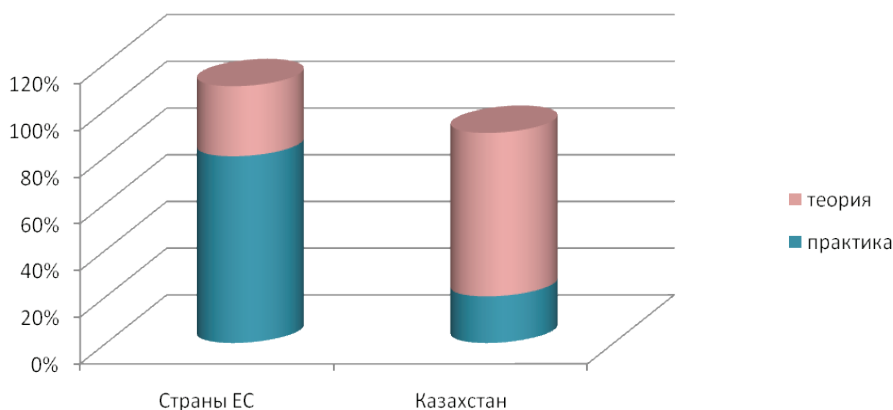
Registered nurse принадлежит ведущая роль в оказании медицинских услуг, так как они обладают высокой компетенцией, профессионализмом и имеют большие полномочия. Функциональные обязанности registered nurse значительно превышают функционал всех казахстанских медсестер вместе взятый – палатных, постовых, процедурных, операционных и др. Registered nurse ведут индивидуальный прием пациентов, определяют предварительный диагноз, назначают лечебные и диагностические процедуры, выписывают рецепты, направляют на вакцинацию, консультируют по телефону,

определяют необходимость консультации врача и др.

В Финляндии медицинские сестры могут участвовать в администрировании, заниматься педагогической работой в среднетехнических и высших учебных заведениях, исследовательской работой, имеют возможность получения докторской степени в области сестринского дела. Ежегодно около 200 аспирантов получают степень магистра, и 50 – степень доктора в области сестринского дела.

В Финляндии специалисты сестринского дела проходят подготовку на уровне профессионального учебного заведения, а также в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу на базах университетов прикладных наук.

В Финляндии подготовка медицинских сестер основывается на директивах Европейского Союза: минимальная продолжительность обучения составляет 4600 часов, в Казахстане – 3528. При этом более половины часов в Финляндии и странах Евросоюза (ЕС) отводится практической подготовке (рис. 2).



**Рисунок 2.** Распределение теоретических и практических часов подготовки медицинских сестер в странах ЕС и Казахстане

Подготовка осуществляется в медицинских организациях под патронажем преподавателей и наставничестве со стороны опытных практикующих медицинских сестер.

Опыт Финляндии по подготовке и переподготовке специалистов сестринского дела признан на международном уровне, в связи с чем, внедрение его в образовательные программы медицинских колледжей положительно скажется на уровне подготовки казахстанских медицинских сестер, престиже профессии, а также показателях здоровья населения и снижении дефицита врачебных кадров.

Между тем, первые курсы для медицинских сестер в Казахстане были открыты в конце 20х годов [10], а в 1994 году в Алматы был организован институт «Эмили» с многоуровневой программой подготовки медицинских сестер с высшим образованием и менеджеров сестринского дела. Более чем за 90 лет качество подготовки медицинских сестер практически не изменилось, а первые медицинские сестры с высшим образованием работают наравне с МС, окончившими обычные медицинские колледжи. Дело в менталитете, который мешает признать новый статус медицинской сестры, или в качестве образования?

Признать авторитет и статус медицинской сестры поможет изменение роли и рациональное использова-

ние средних медицинских работников в системе здравоохранения. Такой подход положительно скажется на качестве медицинского обслуживания и максимальном охвате населения медпомощью, сокращении расходов на здравоохранение, снижении дефицита врачебных кадров [18].

От компетентности медицинских сестер, умения проявить инициативу, своевременно выявить первые симптомы и признаки зависит ранняя диагностика и профилактика заболеваний. Такие задачи здравоохранения, как формирование культуры здоровья, пропаганда здорового образа жизни, решение медико-социальных проблем, ряд врачебных процедур и полномочий, возможность самостоятельного принятия решений должны быть переданы в компетенцию МС.

Реформы, проводимые в сестринском деле, расширение зоны профессиональной деятельности медицинских сестер, повышение их профессионального и социального статуса должны начинаться с совершенствования структуры и содержания образовательных стандартов по подготовке средних медицинских работников, разработки образовательных стандартов прикладного бакалавриата интегрированных с высшим медицинским образованием и ориентированных на международный уровень.

Учитывая, что прикладной бакалавриат - это практикоориентированная подготовка высококвалифицированных специалистов, к разработке программ прикладного бакалавриата по сестринскому делу должны привлекаться опытные педагогические кадры ВУЗов и медицинских колледжей, а также опытные и квалифицированные специалисты практического здравоохранения и работодатели.

Специалисты практического здравоохранения, работодатели наилучшим образом могут определить те компетенции, которыми должны овладеть студенты, с учетом главных задач прикладного бакалавриата: подготовка специалиста к самостоятельной лечебно-диагностической, реабилитационной, медико-профилактической деятельности, а также организационно-управленческой и исследовательской работе.

Образовательные стандарты прикладного бакалавриата по сестринскому делу должны быть ориентированы на профессионально-практическую подготовку медицинских сестер, основанную на компетентностном подходе. То есть, отражать все компетенции специалиста высшего сестринского дела, готового к самостоятельной практической работе, анализу, клиническому мышлению, творчеству, научной и исследовательской деятельности.

Важное значение имеет научно-исследовательская и самостоятельная работа каждого обучающегося, что должно найти отражение не только в теоретической части стандартов бакалавриата, но и в практической. Важно научить каждого студента анализировать показатели своей работы, делать выводы, находить пути улучшения этих показателей.

Практическая подготовка студентов-бакалавров должна проходить в медицинских «организациях-работодателях», предоставляющих свои базы для обучения студентов и непосредственно принимающие участие в их практической подготовке.

Внедрение и реализация программы прикладного

## ВЫВОДЫ

Таким образом, обучение по программе прикладного бакалавриата, основанном на компетентностном подходе и ориентированном на практическую подготовку студентов к самостоятельной работе, позволит решить многие проблемы здравоохранения: прежде всего, здравоохранение Казахстана пополнят медицинские сестры

бакалавриата сестринского дела даст возможность подготовить профессионалов нового поколения, владеющих теоретическими знаниями и глубокими практическими навыками, готовых к практической деятельности. Программа прикладного бакалавриата должна ориентироваться на практическую подготовку будущих специалистов. Не менее 50% времени, отведенного на обучение, должно проводиться в условиях клинической базы.

Внедрение относительно новой для Казахстана системы образования медицинских сестер с высшим образованием и медицинских сестер-менеджеров требует параллельно подготовки высококвалифицированных преподавателей, готовых к применению активных методов обучения, медицинских сестер-наставников с большим опытом работы, под контролем которых на клинических баз должна проходить практическая подготовка бакалавров сестринского дела. Прикладной бакалавриат имеет большое значение для конкретного работодателя, готового участвовать в подготовке тех специалистов, дефицит которых ощущает его организация и с перспективой на будущее.

Выпускник, освоивший программу прикладного бакалавриата - бакалавр сестринского дела, специалист для практического здравоохранения, готовый к самостоятельной работе с пациентами, владеющий всеми компетенциями, прописанными в стандарте. Кроме того, прикладной бакалавриат дает возможность продолжить учёбу в магистратуре, заняться исследовательской работой. На производстве перед специалистами, успешно освоившими программу прикладного бакалавриата, открывается возможность карьерного роста.

Новые подходы в подготовке медицинских сестер новой генерации повышают престиж профессии, социальный статус медицинских сестер, уменьшая границу между бакалаврами сестринского дела и врачами. Новая генерация медицинских сестер даст возможность эффективнее использовать врачебные кадры.

новой генерации, грамотно и самостоятельно решающие многие проблемы больных, стоящих на страже сохранения здоровья и повышения качества жизни пациентов. Сестринское дело должно стать самостоятельной отраслью здравоохранения Казахстана.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Gosudarstvennaja programma razvitija zdavoohranenija Respubliki Kazahstan «Salamatty Kazahstan» na 2011-2015 gody (National Healthcare Development Program of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazahstan" for 2011-2015).
2. Abdrahmanova A.O., Kalieva M.A., Bajgozhina Z.A., Handillaeva M., Kabdrahmanova N.M. Problemy medicinskih sester i puti ih reshenija v Respublike Kazahstan (Problems of Nursing and their solutions in the Republic of Kazakhstan), *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij*, 2014, No.11, 2, pp. 96-99.
3. Work-related stress in nursing, Geneva, ILO, 2000, 52 p.
4. Women's progress in workforce improving worldwide, but occupational segregation still rife, Geneva, ILO, 1997, 68 p.
5. Buchan, J. and Calman, L. Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles, Paris, OECD, 2005, 63p.
6. Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. Nurse Led heart failure clinics in Sweden, *Eur J Heart Fail*, 2001, No.3, pp. 139-144.
7. Karlberg, I. at al. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, 181p.
8. Sovetskie medicinskie sestry, nagrazhdennye medal'ju Florens Najtingejl (spravochnik-katalog muzejnyh fondov) (The Soviet nurses who were awarded the Florence Nightingale Medal (reference catalog of museum collections), L.,1989, pp.4.
9. Denisova I.N. Trudnyj put' k dialogu (The hard way to dialogue), *Sestrinskoe delo*, 2007, No.1, pp. 8-9.
10. Vishnevskij N.A. Sovetskie mediki v dni Velikoj Otechestvennoj vojny 1941-1945gg (Soviet doctors in the days of the Great Patriotic War of 1941-1945), L.,1990, pp.21-22.

11. Kashafutdinova G.T., Bajsugurova V.Ju. Sovremennoe sostojanie sestrijskogo dela v razvityh stranah: rasshirenie sestrijskoj praktiki (The current state of nursing in developed countries: the expansion of nursing practice), Vestnik Kaz NMU, 2013, No.1, pp.303-306.
12. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill mix of the health care workforce, J Health Serv Res Policy, 2004, No.9(Suppl 1), pp.28—38.
13. Cheek J, Price K, Dawson A, et al. Consumer perceptions of nursing and nurses in general practice. Adelaide: Centre for Research into Nursing and Health Care, University of South Australia, 2002.
14. Hegney D, Buikstra E, Fallon T, et al. Consumer perceptions of practice nursing. Toowoomba: University of Southern Queensland, 2004.
15. Hegney D, Price K, Patterson E, et al. Australian consumers' expectations for expanded nursing roles in general practice — choice not gatekeeping, Aust Fam Physician, 2004, No.33, pp. 845—849.
16. Borisov K.N., Alekseev V.A., Shurandina I.S. Zdorov'e dlja vseh - strategija sistemy Finljandii (Health for All - a strategy of Finland), Rosmedportal.com, 2011, No.2, Rezhim dostupa: <http://www.rosmedportal.com/>
17. Komarov Ju.M. O podgotovke vrachebnyh kadrov v Rossijskoj Federacii (On the training of medical staff in the Russian Federation), Medicina, 2013, No.3, pp.1-11
18. Singh, D. Which Staff Improve Care for People with Long-term Conditions? A Rapid Review of the Literature. Birmingham: University of Birmingham and NHS Modernization Agency, 2005, 70 p.