

Т. В. МАТВЕЙЧИК

## ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И ЗА РУБЕЖОМ

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Исследованы модели сестринского образования за рубежом (США, Великобритания, Канада, Израиль, Финляндия) в Республике Беларусь, выявлены сходство, различие, проблемы и тенденции обучения в XXI веке.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, медицинская помощь, последипломное (дополнительное) образование, тенденции.

### EDUCATION OF MEDICAL NURSES IN THE REPUBLIC OF BELARUS AND ABROAD

The types of nursing education abroad (USA, Great Britain, Canada, Israel, Finland) and in the Republic of Belarus have been studied. Similarities, differences, problems, and tendencies of education in the XXI century have been analyzed.

**Key words:** medical nurse, medical care, post-graduate education, tendencies.

HEALTHCARE. 2017; 4: 21—29.

### EDUCATION OF MEDICAL NURSES IN THE REPUBLIC OF BELARUS AND ABROAD

V. Matveychik

Главная задача образования — это обеспечение пяти качеств в человеке: любознательности, духа, не признающего поражения, настойчивости в достижении цели, готовности к самоотречению и прежде всего состраданию.

К. Хан

Доступность медицинской помощи (МП) зависит от эффективности кадров, нехватка которых становится ограничением для развития системы здравоохранения и оказания поддержки населению (первичная медико-санитарная помощь, охрана здоровья женщин и детей).

В докладе Европейского регионального бюро мирной организации здравоохранения (ЕРБ) о стратегии развития кадров здравоохранения в мире [1] отмечено, что кадровые ресурсы являются «важнейшим вкладом и живающим фактором для систем здравоохранения», занимающим во всех странах центральную роль в секторе здравоохранения, являясь стратегическим капиталом, составляющим около 10% от всех трудовых ресурсов. В европейских странах медицинские сестры составляют более половины специалистов в Республике Беларусь — 67±2% [2].

По данным Европейской комиссии по здравоохранению, к 2020 г. в странах Европейского союза (ЕС) ожидаемый дефицит профессиональных кадров составит в здравоохранении

порядка 1 млн, из которых 590 000 МС, 230 000 — врачи, 150 000 — другие категории работников. Следствием этого может стать 15% ожидаемый дефицит МП населению по сравнению с 2010 г. [3].

Для предотвращения последствий демотивации МС и смягчения ее последствий, «чтобы сделать незримую профессию медицинской сестры заметной, необходимо объединить наши усилия в достижении высокого статуса профессии, профессионального роста, сохранив доброту и милосердие». Эти усилия на протяжении десятилетий осуществляют институты власти и системы здравоохранения стран мира [4—6].

Цель работы — анализ получения базового и дополнительного (последипломного) медицинского образования МС в разных странах мира для поиска достижений в этой области и возможности их применения в Республике Беларусь.

По источникам литературы изучена информация о получении базового и дополнительного (последипломного) медицинского образования

МС и врачами в ряде государств мира за 2001—2015 гг. [7—11].

Необходимость в неотложных и согласованных действиях, направленных на преодоление кризиса здравоохранения, обусловлена глобальным дефицитом кадров, неравномерностью их территориального распределения, нарастающей неуправляемой миграцией, сложными условиями труда, что вызывает необходимость пересмотра направлений и методов обучения МС.

Анализ моделей сестринского образования в зарубежных странах дает разнообразную информацию о состоянии этого обучения [2, 7, 8, 12, 13]. В 2010 г. в журнале «The Lancet» опубликован вывод об обучении МС в Европейском регионе ВОЗ: «Нынешняя модель подготовки медицинских кадров, затраты на которую в мире ежегодно составляют порядка 100 триллионов долларов США, больше не работает ... она статична, фрагментарна и не соответствует современным требованиям».

Со стороны международных гуманитарных институтов предприняты действия по предотвращению утечки кадров медицинских сестер и улучшению подходов к их мотивации и обучению, исходя из международных принципов учебы в вузах и колледжах.

Четвертый фундаментальный принцип Великой хартии университетов, принятый на заседании Европейской организационной группы по сближению образования стран Европейского региона (Франция, Болонья, 1988), реализован в Республике Беларусь как принцип свободы, предлагающий такую модель национального образования, которая научит уважать великую гармонию природы и самой жизни. Такие принципы учитывают особенности и требования существующей системы здравоохранения [10].

Примерный план Европейской организационной группы по сближению образования МС включал:

- компетенции, ассоциирующиеся с профессиональными ценностями и ролью МС (теория и практика сестринского дела, знания о поведении и социальном здоровье, этика, законодательство, технология, медицинская информатика);

- компетенции, ассоциирующиеся с сестринской практикой и принятием решений в клинике (естественно-научные знания, принятие решений, принципы научно-исследовательской деятельности, международная и национальная стратегия).

Особое внимание обучению МС уделяется в работе ЕРБ ВОЗ. Практические действия по приверженности идее укрепления сестринского дела предложены на 64-й Всемирной ассамблее здравоохранения (Варшава, 2011) [1, 4—7, 13]. В Российской Федерации (Санкт-Петербург, 2012), Литве (Вильнюс, 2013), Латвии (Рига, 2015) состоялись заседания ЕРБ ВОЗ с целью сбора базы фактов для принятия решений в сестринском и акушерском деле. Масштабным мероприятием (более 4000 участников из 88 стран мира) стал 25-й Конгресс Международного совета медицинских сестер «Справедливость и доступность медицинской помощи» (Мельбурн, Австралия, 2013), его девиз — «Справедливость и доступность медицинской помощи», главная задача — развитие информационных технологий и научных исследований в области здравоохранения.

Итогом совещаний стали выводы о том, что МС могут вносить большой вклад в экономику страны, в укрепление здоровья пациента, им необходимо расширить функциональные обязанности согласно новой роли и компетенции [14—21]. Помимо прочего, МС необходимо обучать удовлетворению потребностей пациентов в медицинском уходе, оказанию пациентам и членам их семей психологической поддержки по месту жительства [17—20, 22—24].

Идея развития сестринского дела нашла дальнейшее развитие в Барселоне (2016) на Флагманском курсе ВОЗ по укреплению систем здравоохранения: Фокус на НИЗ, где также была отмечена необходимость повышения роли МС в профилактической работе посредством командного многопрофильного подхода, сосредоточенного на семье и координируемого МС:

- менее жесткое разделение в автономии между врачами и МС (высокие технологии);

- совместная работа в команде через разделение задач и простые алгоритмы, а при нехватке врачей — разрешение на самостоятельную работу МС с высшим образованием, как лицензированным практикам;

- возможности проведения профилактики, консультаций населения по изменению поведения, привитию культуры здоровья, с акцентом на снижение сердечно-сосудистого риска путем устранения негативного образа жизни у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, вовлечение семей в поведенческие стратегии приверженности к здоровью;

• принятие направляемого междисциплинарного опыта.

Понимание универсальной ценности здоровья стало главным фактором, осознаваемым не только организаторами здравоохранения, но и населением, в связи с чем политика справедливого улучшения здоровья является источником стимула для науки и сестринских технологий. Этому способствуют действия для достижения целей Здоровья-2020 через организацию сестринского дела, предложенные ЕРК ВОЗ [1, 7, 8, 12, 13].

Поддержка государства и активная работа по достижению целей тысячелетия системой здравоохранения Республики Беларусь позволила министру здравоохранения Республики Беларусь на Минской министерской конференции ВОЗ заявить об их выполнении. Это касается сокращения детской смертности, улучшения охраны материнства и детства, высокого уровня охвата иммунизацией населения, темпов снижения распространенности ВИЧ/СПИД и малярии, 100% охвата антиретровирусной терапией [24].

Основными моделями, согласно которым осуществляется обучение медицинских специалистов, являются германская модель (ФРГ) и англосаксонская (Великобритания, Канада, США). Некоторые государства имеют прогрессивный и успешный опыт обучения МС с национальным колоритом (Финляндия, Израиль).

Продолжительность программ общего медицинского образования по англосаксонской модели колеблется от 4—5 лет в США до 5—6 в Великобритании, а допуском к самостоятельной практике становится резидентура, в Канаде и США она длится 3—5 лет, в Англии 5—6 лет, в зависимости от специализации [2, 8, 10].

В США медицинское образование получают за 4 года в медицинских школах, аккредитованных Комитетом по связи по медицинскому образованию, финансируемых из бюджетов штатов, где они расположены и дающих преимущества для жителей данного штата. Школьник не может подавать заявление на поступление в медицинские вузы США, только после получения степени бакалавра. Параллельно с этим он может изучить программу подготовительных курсов, как ранее, в 80-х годах, в Беларуси. На последнем году обучения в колледже студенты, желающие поступать в медицинские вузы, должны сдать тест MCAT (Medical College Admission Test), баллов которого недостаточно для пода-

чи документов, необходимо иметь рекомендательные письма (проводить работу в научных обществах, опубликоваться в научном журнале), написать эссе и пройти сложное собеседование. Повышение квалификации проводят профессиональные ассоциации (конференции или краткосрочные курсы); медицинские образовательные агентства; госпитали, центры и больницы; учреждения образования (университеты) и частные преподаватели с лицензией [8].

Эффективной, но менее стандартизированной считается германская модель (ФРГ), особенностью которой является 2-летняя подготовка к поступлению через программу «Абтур» [8]. Продолжительность учебы для получения общего медицинского образования — 6 лет, а для допуска к самостоятельной практике — 11 лет, особенностью является необходимость отработать ассистентом (практикантом врача) не менее 4,5—5,5 года. В системе дополнительного (последипломного) образования за 5 лет медику нужно набрать 250 баллов, как и в 28 странах ЕС. При этом 1 балл соответствует 45 мин учебного времени.

Финляндия относится к государству, в котором высоко ценится работа МС [25], при таком подходе к обеспечению качества МП соотношение врач:сестра составляет 1:5, как и в Ирландии, Исландии, в то время как в других странах оно иное. Так, в Турции, Мексике, Израиле, Испании оно составляет 1:1. Близки к этим показатели в Корее, Болгарии, Эстонии, Чехии, Польше, Беларуси — 1:2. В Словении, Швеции и Нидерландах 1 врач работает с 3 МС, в Японии, США, Канаде, Люксембурге соотношение врач:сестра равно 1:4 (по данным 2010 г.). Известен опыт Финляндии, в которой пропорции учебного времени для обучения главных сестер таковы: теория — 55,7%, практика — 42,9%, диплом — 7,2%, факультатив — 1,42%, чьи показатели соотношения теории и практики близки таковым на курсе «Организация сестринского дела» в Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО).

В финской модели образования между университетами и лицеями существуют некоторые сходства, но есть и различия. Университеты финансируются государством; обладают полной автономией в разработке учебных планов; подчиняются Министерству образования, в то время как лицеи наделены автономией только во внутренних вопросах организации учебы.

Разнообразны формы попечительства в лице; они руководствуются разными законодательными актами по сравнению с университетами, которые поддерживаются государственным фондом, а лицеи на 84% муниципалитетом и на 15% — фондами; назначение университетов — обучение, наука, докторантура, региональное сотрудничество, высокий уровень профессорского состава, полная автономия в разработке учебных планов. В колледжах те же задачи, кроме отсутствия подготовки кадров высшего уровня научной квалификации (докторантуры), профессорская степень есть у 17% педагогического коллектива [25].

Израиль относится к государствам с высокой потребностью в медицинских сестрах, но получение образования здесь сопряжено с трудностью преодоления языкового барьера, поскольку обучение и последующее общение с пациентом происходит преимущественно на иврите. Израильяне, желающие изучать медицину, могут это делать на медицинском и стоматологическом факультетах в 5 университетах, имеющих лицензию, а также разрешение Совета по высшему образованию [2, 8]. Программа обучения отличается от белорусской системы подготовки тем, что 3 этапа обучения не выделяют лечебный и педиатрический факультеты, а общий срок обучения — не менее 14 лет. Классификация дипломов включает: первую степень бакалавра (3—4 года теории), вторую — магистра (2—3 года, сдача 6 государственных экзаменов по терапии письменно и устно, хирургии, педиатрии, гинекологии, психиатрии и неврологии со стажировкой 1 год, выдача диплома магистра МД), третью — докторанта (2—4 года). Для того, чтобы стать специалистом в какой-то области, необходимо пройти «специалитет» (4—7 лет) в любом медицинском учреждении, имеющем разрешение Министерства здравоохранения Израиля. Особенностью для Израиля являются стажировки за рубежом 1 раз в несколько лет продолжительностью от 6 мес до 1 года, обязательное участие в обучающих семинарах или на регулярных курсах при крупных клиниках и центрах и зарубежных симпозиумах по специальности. Высокая потребность в МС в Израиле обусловлена также высочайшим уровнем развития медицинской реабилитации, вклад в которую на 60—70% обеспечивают эти специалисты.

В Республике Беларусь обучение МС регламентируется Кодексом об образовании, а также Постановлением Совета министров Республики Беларусь № 954 от 15.07.2011 «Об отдельных вопросах дополнительного образования взрослых» и Положением о непрерывном профессиональном образовании руководящих работников и специалистов. В случае, если обучающиеся в системе дополнительного образования имеют высшее (среднее специальное) образование по специальности одного направления образования со специальностью переподготовки, то может быть предусмотрено уменьшение общего количества учебных часов для работников и специалистов, имеющих высшее образование — не менее 500 учебных часов, среднее специальное образование — не менее 300 учебных часов (пп. 2, 22, 23, 25, 26).

Согласно действующему нормативному правовому законодательству Министерства образования Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и др., продолжительность базовой подготовки в медицинских университетах составляет 5—6 лет, а с 2015 г. по отдельным специальностям она сокращена до 4—5 лет. Базовую подготовку осуществляют 4 вуза: Белорусский государственный медицинский университет, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Гродненский государственный медицинский университет, Гомельский государственный медицинский университет. Подготовка проводится по 7 специальностям в очной форме, 6 из которых обеспечивают получение квалификации «врач», 1 — специальности «медицинская сестра с высшим образованием», продолжительность обучения — 4—5 лет, что соответствует европейским стандартам [1, 26, 27, 30, 31]. Дополнительное медицинское образование осуществляется в БелМАПО в форме переподготовки (по 10 направлениям), курсов повышения квалификации (по 58 специальностям). Сюда включен курс «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО («ОСД» БелМАПО) для повышения квалификации главных (старших) МС с высшим и средним специальным образованием [8, 10, 24—28].

Согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 61 от

12.07.2013 «О некоторых вопросах прохождения интернатуры» (в ред. № 77 от 13.11.2014), срок прохождения интернатуры составляет 12 мес, а по специальностям «Бактериология», «Валеология», «Общая гигиена», «Эпидемиология», «Санитарно-гигиенические лабораторные исследования», провизоров-интернов — 5 мес.

При прохождении интернатуры действует приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 5 от 08.01.2014 «О разработке планов и программ интернатуры», включающий 33 специальности и 32 квалификации.

Порядок занятия должностей регламентируется Постановлениями Министерства здравоохранения Республики Беларусь: № 61 от 08.06.2009 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием» и № 175 от 22.12.2010 «О требованиях к занятию должностей руководителей, врачей-специалистов, провизоров-специалистов».

В соответствии с рекомендациями Всемирной федерации медицинского образования и типологией ЮНЕСКО выделяют базовое (формальное) медицинское образование (преклиника и клиника), последипломное (в Республике Беларусь — дополнительное) медицинское образование (резидентура или специализация), непрерывное профессиональное развитие (повышение квалификации), неформальное и информальное, позволяющее систематизировать содержание каждого из видов обучения. Международным советом медицинских сестер совместно с ЮНЕСКО выдвинут девиз: «Равный обучает равного», используемый в организации учебы главных (старших) медицинских сестер в БелМАПО. Итогом педагогических новаций в совершенствовании обучения главных медицинских сестер на курсе «ОСД» стали показатели удельного веса новых лекций для учебных программ не менее 15%, доля предложений по совершенствованию обучения, принятых к рассмотрению или учтенных при создании нормативных документов (Акты внедрения инструкций, монографий и др.), — не менее 20% [14].

Наиболее доступный вид — формальное непрерывное профессиональное образование, системно и целенаправленно осуществляемое специально подготовленными педагогами.

Под непрерывным медицинским образованием понимается процесс, включающий такие элементы, как оценка индивидуальной профессио-

нальной практики медика с приобретением коммуникаций и компетенций. В процессе непрерывного медицинского обучения пересматриваются и решаются два ключевых аспекта: поддержание необходимого уровня профессионального развития и компетентности МС с последующей проверкой приобретенных навыков и знаний на основе различных механизмов оценки профессиональной квалификации. Все развитые государства мира реализуют в настоящее время программы непрерывного профессионального развития: life-long learning (обучение на протяжении всей жизни) [1—3, 10, 31].

Неформальное непрерывное профессиональное образование проходит без участия преподавателя, при отсутствии системности, учебного плана.

Информальное образование (самообразование) — общий термин индивидуальной познавательной деятельности за пределами стандартной образовательной среды, осуществляется самим специалистом свободным поиском информации из разных источников (литература, интернет, консилиумы, конференции, обучающие семинары, мастер-классы), она необязательно носит целенаправленный характер (по принципу: лишние знания не бывает).

Отличием у нас в стране является то, что традиционно внимание государственной образовательной политики направлено на процессы формального обучения, а за рубежом растет внимание к среде информального образования для социализации личности и формирования коммуникативных навыков, что можно использовать в подготовке МС при оказании геронтологической и паллиативной помощи. К этому подталкивает и демографическая ситуация, коснувшаяся в том числе кадров медицинских сестер. Анализ динамики укомплектованности медицинскими сестрами старше трудоспособного возраста за 2012—2015 гг. свидетельствует о росте этого показателя с 12,1 до 14,1% [2, 14, 18, 22—23, 32, 34].

Общими недостатками неформального и информального образования являются: получение не всегда достоверно научной информации, которая может преследовать исключительно рекламные цели, перегруженность информационных потоков в Интернете, недостаточное число научно-медицинских сайтов для поиска достоверных сведений практикующими специалистами. В этой связи основным способом для под-

держания медицинского профессионализма в мире являются курсы повышения квалификации.

Квалификационные категории регламентируются Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 232 от 22.12.2008 «Об утверждении Инструкции о порядке присвоения (снижения, лишения) квалификационных категорий медицинским (фармацевтическим) работникам». В соответствии с п. 34 этого документа квалификационные категории действуют постоянно при условии повышения квалификации и (или) переподготовки по специальности согласно занимаемой должности либо специальности, соответствующей наименованию квалификационной категории, в течение каждых 5 лет после их присвоения, что обеспечивает качество медицинской помощи и мотивирует к непрерывной самоподготовке.

Для продолжения действия квалификационной категории объем времени профессиональной подготовки в течение каждых 5 лет после ее присвоения должен составлять для лиц с высшим образованием не менее 100 ч с учетом одних обязательных курсов повышения квалификации. Для работников, имеющих среднее специальное образование, он должен составлять не менее 40 ч за счет курсов повышения квалификации или переподготовки.

В стране существует альтернативная форма подготовки высококвалифицированных специалистов в виде клинической ординатуры, имеющей практическую направленность и продолжительность 2 года при дневной форме подготовки, 3 — по заочной форме, это дает право на получение свидетельства о присвоении квалификации. В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь № 177 от 16.04.2012 «О некоторых вопросах профессиональной подготовки врачей-специалистов в клинической ординатуре» (в ред. Указа № 552 от 01.12.2014) под этим понимается форма профессиональной подготовки врачей-специалистов, основанная на принципе индивидуального обучения.

В стране действует система повышения квалификации, при которой оптимальным количеством часов для присвоения новой квалификационной категории руководителей и специалистов с высшим медицинским (сестринским) образованием является объем не менее 160 ч. Для подтверждения имеющейся квалификационной категории нужно 100 ч, а для лиц, не имеющих квалификационной категории, — не менее 80 ч.

В последние годы в системе дополнительного образования взрослых в Республике Беларусь особенностью стало внедрение в практику курсов дистанционного обучения для специалистов, не осуществляющих лечебно-диагностическую деятельность (руководителей, экономистов, бухгалтеров организаций здравоохранения), достоинством внедрения образовательных модулей является экономический эффект без отрыва от выполнения части своих обязанностей [14, 16—18].

В Республике Беларусь подготовка научных кадров высшей квалификации ведется по образовательной программе в 2-ступенчатой системе: аспирантуры с получением научной квалификации «исследователь» (1-я ступень дополнительного образования, направленная на подготовку специалистов с навыками планирования, проведения и анализа научных исследований и подготовку диссертации на соискание ученой степени кандидата наук); образовательной программы докторантуры (2-я ступень для подготовки специалистов с навыками организации научных исследований по новому направлению). При этом идет развитие существующих направлений, анализ и обобщение результатов научной деятельности и подготовка диссертации на соискание ученой степени доктора наук (реализуется в дневной форме — 3 года, заочной — не более 4 лет, в форме соискательства — не более 5 лет). Особенностью в Республике Беларусь является то, что занимая управленческие должности главных и старших МС, они не могут выполнять диссертации по специальности «общественное здоровье и здравоохранение», а только по специальностям и отрасли биологических, а не медицинских наук. Согласно действующей нормативной документации, оплата труда производится по должности (должностному окладу), без учета уровня образования. В связи с этим заработная плата МС с высшим образованием не отличается от таковой у МС со средним специальным образованием, занимающих аналогичную должность. Помимо этого, лица, обучающиеся на дневной форме и не совмещающие учебу с работой, теряют время начисления стажа, а, значит, отодвигается срок сдачи на квалификационную категорию. Предложения специалистов о необходимости более высокой оплаты труда МС с высшим образованием (более высокий тарификационный оклад, индивидуальные надбавки) не находят поддержки, как и рекомендации о введении квалификационных категорий исключительно для

МС с высшим образованием, что в целом стало серьезным фактором по демотивации специалистов к получению высшего сестринского образования [2, 23]. Анализ фактического распределения в Гродненском государственном медицинском университете (ГрГМУ) в 1995—2013 г. МС с высшим образованием, показывает крен в сторону подготовки педагогов колледжей (6,2% — 45,8%) и врачей-лаборантов (10,9—25,8%) как потребности практического здравоохранения, при этом объем подготовки главных (старших) МС на протяжении ряда лет стабильно невысок.

К недостаткам того времени относится то, что выпускники распределялись по Республике Беларусь, некоторые уезжали в Российскую Федерацию (1995—2000 г. — 1,8%). В 1995—1999 г. до 40,3% выпускников распределялась в распоряжение органов здравоохранения и главных врачей, что обезличивало характер распределения, не давало социальной защищенности молодым специалистам, отражало неопределенный статус выпускников. Из них каждый пятый направлялся на должности МС, которые они имели право занимать и без высшего образования, что составило главную причину проблем трудоустройства и статуса МС с высшим образованием. Только 17,8% выпускников распределялось на должности главных и старших МС. Каждый десятый молодой специалист (10,9%) направлялся на должность врача-лаборанта, каждый пятнадцатый (6,2%) — преподавателем колледжа.

Первые выпускники ГрГМУ направлялись на должности преподавателей теоретических кафедр медицинских университетов, только в этом университете работает 13 выпускников по специальности «Сестринское дело», 5 из них защитили кандидатские диссертации, 3 — магистерские работы, 2 присвоено звание доцента (2,7%) [2].

В рамках преемственности обучения при получении дополнительного образования остановимся на работе в 2001—2015 г. курса повышения квалификации «ОСД» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО. Его деятельность базируется на ценностях, лежащих в основе политики Здоровье-2020. Всесторонний подход к детерминантам здоровья населения страны используется в учебных программах для главных (старших) МС; также это развитие лидерства через центры коммуникативной деятельности (как в скандинавских странах) или работа по активному потреблению и внедрению в практику научных знаний прикладного характера (Япония,

Китай) или через общественные организации МС (Беларусь); практическое использование предпосылок новых форм работы в деятельности специалиста нового типа — помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр); совершенствование командных форм деятельности [2, 14, 16—18, 20, 23, 28, 30, 36].

Повышение квалификации МС базируется на:

- внешних факторах: ускорение обновления (удвоение информации в течение 3—5 лет), глобализация медицинской информации; увеличение числа лекарств и высокотехнологичных методов лечения; удорожание медицинской помощи; рост числа пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) на фоне увеличения доли престарелого населения до 25% к 2025 г.; повышение информированности и требований пациента [23];

- внутренних факторах: качество и непрерывность медицинского образования; мотивация к качественному труду и непрерывному образованию; условия труда и материально-техническое обеспечение медицинского образования; контроль качества МП [37];

- нормах этики, переходе из моральной обязанности медицинских работников в законодательно закрепленную норму, предусматривающую санкции, реализуемые через механизмы лицензирования и контрактной системы;

- активном применении электронных и телекоммуникационных технологий (проблемное обучение в малых группах, дистанционное, симуляционное обучение, обмен опытом через вебинары);

- использовании элементов доказательной медицины для электронной поддержки принятия управленческих и клинических решений. Введение качественного изменения базового и дополнительного образования через увеличение часов на профилактику ХНИЗ. Этот опыт в течение 15 лет прошли 18 европейских государств. В 17 странах непрерывное медицинское образование считается необходимым, в 6 государствах оно регламентируется законом, в 13 — обеспечивается профессиональными медицинскими сообществами [2, 12, 23, 28—31].

Таким образом, международный опыт свидетельствует о необходимости комплексных усилий по совершенствованию обучения МС для повышения безопасности больных людей. Достижение поставленных задач возможно через оптимизацию пропорций, содержания и форм

обучения, что является способом попадания в разряд мастеров с минимальными издержками.

К сходствам систем образования врачей и МС в мире относятся структура, условия приёма, одинаково продолжительные сроки обучения, практико-ориентированный подход к допуску к самостоятельной практике. Имеет место соответствие ряда положений обучения в Российской Федерации, Республике Беларусь и Европе, учитывающих политические, экономические и демографические тенденции каждого государства, влияющие на изменение роли и места МС в мире.

С появлением специалиста Пвр и сестер с высшим образованием возрастают возможности проведения профилактики, консультаций населения по изменению поведения, привитию культуры здоровья путем вовлечения семей в усиление поведенческих стратегий. Это соответствует «Стратегическим направлениям укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020», рекомендованных ВОЗ (2015) [1, 3—6, 11—13, 24, 26, 27, 33—34].

Принятие направляемого междисциплинарного сотрудничества в области обучения МС с учетом международного опыта позволяет не только Республике Беларусь, но и другим странам достичь целей ранее 2020 г., поможет не только сохранить мировые профессиональные позиции, но и совершенствовать их под девизом «Думать по-новому, работать творчески».

Учет современных тенденций образования, обусловленных демографическими процессами старения населения в мире и кадров МС, вызывает потребность ускорения обучения специалистов, что учтено в сокращении этих сроков в Беларуси. За рубежом делается акцент на неформальное образование для социализации личности и формирования коммуникативных навыков, что можно использовать при обучении оказанию геронтологической, паллиативной помощи и медицинской реабилитации [7, 11—13, 16, 18, 22, 24]. В Беларуси традиционно внимание государственной образовательной политики направлено на процессы формального обучения. Заслуживает внимания система мотивации МС на получение высшего образования в США, Финляндии и Израиле.

Многочисленный отряд МС, акушеров, Пвр в мире является потенциалом и гарантией качества, безопасности и эффективности МП на-

селению в борьбе с вызовами XXI века в виде ХНИЗ, в связи с чем задачей дальнейшей базовой и последипломной подготовки этих специалистов становится: «Поддерживать и приумножать имеющиеся достижения и не бояться перемен».

На первой Европейской министерской конференции ВОЗ (Минск, 2015) Президент Республики Беларусь А. Г. Лукашенко отметил, что «здоровье нации — главная инвестиция государства»: «Мы начали с человека, понимая, что без человека не может быть никакой экономики, не может быть никакого государства ... мы не достигли бы всего этого без помощи ведущих стран в здравоохранении. Мы перенимали ваш опыт, создавая систему здравоохранения постсоветского периода и, как губка, впитывали то, что нам нужно» [24].

Общие для разных стран тенденции и проблемы по совершенствованию обучения МС необходимо учесть и преодолевать общими усилиями, ибо самые лучшие уроки мы получаем, когда делаем ошибки. Пусть наши прошлые ошибки станут мудростью будущего.

#### Контактная информация:

Матвейчик Татьяна Владимировна — к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, зав. курсом «Организация сестринского дела». Белорусская медицинская академия последипломного образования. 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, каб. 701; сл. тел. +375 17 331-44-82.

Конфликт интересов отсутствует.

## REFERENCES

1. Health workforce policies in the European Region: the report submitted to the Regional Committee, the 57-th session, Belgrad, Serbiya, 17—20 September 2007. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/89119/E90752R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/89119/E90752R.pdf). (in Russian)
2. Matveychik T. V., Tishchenko E. M., Mezina E. V. Nursing in the XXI century. Minsk: BelMAPO; 2014. 303 s. (in Russian)
3. Report of Human Evolution, 2011. Stable Evolution and Equal Possibilities: Better future for everyone. Moscow: Ves mir, 2011. Available at: [http://www.us.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2011%20Global%20HDR/Russian/HDR\\_2011\\_RU\\_Complete.pdf](http://www.us.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2011%20Global%20HDR/Russian/HDR_2011_RU_Complete.pdf). (in Russian)
4. Busse R., Razberg A. WHO. Healthcare System: Time for a Change. Germany, Copenhagen: WHO; 2004. 232 s. (in Russian)
5. Busse R., Razberg A. WHO. Healthcare System: Time for a Change. Netherlands, Copenhagen: WHO; 2004. 141 s. (in Russian)
6. The Regional Office of the World Health Organization, United Nations Fund for Population (UNFPA). The program of the WHO European Office «Health 21» — one of the main ways to improve women's health. Minsk; 2001. 29 s. (in Russian)

7. Zharko V. I., Malakhova I. V., Novik I. I., Sachek M. M. *Healthcare of the Republic of Belarus: Past, Present and Future*. Minsk: Minski proekt; 2012. 320 s. (in Russian)
8. Gerasimenko M. A., Kalinina T. V. *The system of Continuing Medical Education in the Republic of Belarus and Abroad*. Minsk: BelMAPO; 2015. 37 s. (in Russian)
9. Van Tartviyk Zh., Drizzen E. V. *AMEE Guide number 45: a portfolio for evaluation and teaching. Meditsinskoe obrazovanie i professionalnoe razvitie*. 2013; 1: 26—54. (in Russian)
10. Vetokhin S. S., Grablevskiy O. V., Dunayev V. A., et al. *The Bologna Process as a Way to Modernize the Higher Education System of Belarus*. Minsk: Medisont; 2014. 68 s. (in Russian)
11. Yakab Zh., Tsuros A. D. *Health 2020 — achieving health and development goals in today's Europe. Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya*. 2014; 2: 4—14. (in Russian)
12. *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia: Achievements, Challenges and the Way Forward*. New York, Geneva UN: 2010. (in Russian)
13. *Strengthening nursing and midwifery: A64/VR/10. The 64-th session of the World Health Assembly, May, 24 2011, Tenth plenary meeting*. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R7-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-ru.pdf). (in Russian)
14. Matveychik T. V. *Analysis of New Approaches to the Education System for the Head Nurses*. Minsk: Kovcheg; 2015. 78 s. Available at: [http://www.belmapo.by/assets/files/publications/oziz/medical\\_education.pdf](http://www.belmapo.by/assets/files/publications/oziz/medical_education.pdf). (in Russian)
15. Matveychik T. V., Ivanova V. I., Kralko A. A., Valchuk E. A. *Organization of Home Medical and Social Care for Patients: a guide for professionals involved in HIV services and other medical and social activities*. Minsk: Adukatsyya i vykhavanne; 2011. 368 s. (in Russian)
16. Matveychik T. V., Meshcheryakov Yu. V. *Prophylactic Duties of Doctor's Assistant for Outpatient Care*. Minsk: Kovcheg; 2016. 244 s. (in Russian)
17. Matveychik T. V. *Doctor's assistant for outpatient care: teaching life beneficial behavior to the patient. Voennaya meditsina*. 2016; 2: 9—12. (in Russian)
18. Matveychik T. V., Ivanova V. I. *Labour Organization Model for a Doctor's Assistant for Outpatient Care*. Minsk: BelMAPO; 2013. 184 s. (in Russian)
19. Matveychik T. V., Ivanova V. I., Romanova A. P., et al. *Promotion of Healthy Lifestyles*. Minsk: RIPO; 2014. (in Russian)
20. Matveychik T. V., Kralko A. A., Andreeva L. A., Prokopovich Zh. N. *Guidelines for the Nurse to Communicate and Render Care to Psychiatric and Narcological Patients*. Minsk: Belprint; 2012. 188 s. Available at: [http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe\\_delo/soprov\\_rukovodstvo.pdf](http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe_delo/soprov_rukovodstvo.pdf). (in Russian)
21. Matveychik T. V., Kralko A. A., Ivanova V. I., Kurilovich E. L. *Fundamentals of Nursing Education and Improvement of Professional Skills*. Minsk: BelMAPO; 2012. 160 s. Available at: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf>. (in Russian)
22. Matveychik T. V., Ivanova V. I. *Organization of Nursing*. Minsk: Vysheyshaya shkola; 2006. 301 s. (in Russian)
23. Matveychik T. V., Tishchenko E. M. *Theory of Nursing*. Minsk: Vysheyshaya shkola; 2016. 366 s. (in Russian)
24. *Minsk Declaration*. Available at: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015>. (in Russian)
25. Turkina N. V. *The current state of medical education in Russia and abroad. Education in the XXI century*. In: *Processing of All-Russian Forum of Nurses «We will create together the future of our profession: openness, accessibility, awareness»*, 11—13, October, 2012. St.-Petersburg; 2012: 26—39. (in Russian)
26. *The Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Path to Human Development*. Moscow: Ves mir; 2010. 239 s. Available at: [http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr\\_2010\\_complete.pdf](http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr_2010_complete.pdf). (in Russian)
27. *The Regional Office of the World Health Organization, Regional Committee for Europe. Health 2020: The foundations of European policy to support the actions of the entire state and society in the interests of health and well-being*. 62-th session, Malta, 10—13, September, 2012. Available at: [http://www.ndphs.org/documents/3239/NCD\\_5\\_6\\_3\\_Info\\_2\\_rus\\_Health\\_2020\\_WHO-EURO\\_short.pdf](http://www.ndphs.org/documents/3239/NCD_5_6_3_Info_2_rus_Health_2020_WHO-EURO_short.pdf). (in Russian)
28. Matveychik T. V. *Continuing medical education: the team as a way to increase the efficiency of healthcare*. *Meditsina*. 2015; 1: 61—6. (in Russian)
29. Matveychik T. V., Shvab L. V. *Improving the system of professional continuing medical education in the Republic of Belarus: opinion of nurses*. *Nauchno-metodicheskiy elektronnyy zhurnal «Kontsept»*. 2014; 20: 1646—50. Available at: <http://e-kontsept.ru/2014/54593.htm>. (in Russian)
30. Abakumova I. V., Antonova E. K., Baygulov R. M., et al. *Scientific Research in the Field of Socio-Economic and Humanitarian Sciences: an interdisciplinary approach and convergence of knowledge*. Samara: Ofort; 2016. 439 s. Available at: [http://www.naucorp.ru/upload/iblock/c6e/kollekt-monografiya-km\\_sgn-0416.new.pdf](http://www.naucorp.ru/upload/iblock/c6e/kollekt-monografiya-km_sgn-0416.new.pdf). (in Russian)
31. Yushchuk N. D., Martynov Yu. V. *Continuing medical education — a requirement of modern healthcare practice. Meditsinskoe obrazovanie i professionalnoe razvitie*. 2013; 1: 16—25. (in Russian)
32. Glushanko V. S., Kolbanov V. V., Levitskaya I. V., et al. *Issues of Improving Health and Social Care*. Vitebsk: VGMU; 2008. 185 s. (in Russian)
33. Matveychik T. V. *Long-term care for the elderly patients abroad and in the Republic of Belarus. Meditsinskie novosti*. 2014; 11: 38—42. Available at: [https://belmapo.by/assets/files/oziz/oziz/sestrinskoe\\_delo/dolgosrochnyj-uhod-za-prestarelymi-pacientami-zarubezhom-i-v-respublike-belarus.pdf](https://belmapo.by/assets/files/oziz/oziz/sestrinskoe_delo/dolgosrochnyj-uhod-za-prestarelymi-pacientami-zarubezhom-i-v-respublike-belarus.pdf). (in Russian)
34. *The Ministry of Health of the Republic of Belarus. Healthcare in the Republic of Belarus: official statistics*. Minsk: GU RNMB; 2000—2015. (in Russian)
35. Matveychik T. V., Antipov V. V., Antipova S. I. *Problems in the health status of the population of the Republic of Belarus: age mortality aspects. Medicus*. 2016; 1: 107—15. Available at: <http://www.belmapo.by/assets/files/publications/oziz/img274.pdf>. (in Russian)
36. Matveychik T. V., Valchuk E. E. *Management of the Nursing Process in the Hospital (for heads of nursing care hospitals)*. Minsk; 2009. 216 s. (in Russian)
37. Ulumbekova G. E. *Healthcare in Russia: What to Do. Scientific substantiation of «Health Development Strategy until 2020»*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 96 s. (in Russian)