

С 67-73

ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

EDUCATION OF MEDICAL NURSES IN THE REPUBLIC OF BELARUS AND EUROPEAN COUNTRIES: COMPARATIVE ANALYSIS

Матвейчик Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Matvejchik T.

State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Post-Graduate-Education»

Резюме. Изучены модели сестринского образования в США, Великобритании, Канаде, Израиле, Финляндии и в Республике Беларусь, выявлено сходство, различие, проблемы и тенденции обучения в 21 веке.

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

Summary. Types of nursing education abroad (the USA, Great Britain, Canada, Israel, Finland) and in the Republic of Belarus have been studied. Similarities, differences, problems and tendencies of education in the 21st century have been demonstrated.

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

Актуальность. Доступность медицинской помощи (МП) зависит от наличия кадров, являясь стратегическим капиталом, составляющим около 10% всех трудовых ресурсов, их дефицит становится ограничением для развития системы здравоохранения, особенно в области первичной медико-санитарной помощи, охране здоровья женщин и детей, о чем отмечено в докладе Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) о стратегии развития кадров здравоохранения в мире (2007) [1]. В европейских странах медицинские сестры (МС) составляют больше половины специалистов, в Республике Беларусь – $67 \pm 2\%$ [2].

В странах Европейского Союза (ЕС) к 2020 г. ожидаемый дефицит профессиональных кадров составит порядка 1 миллиона, из которых 590 тыс. МС, 230 тыс. врачей,

150 тыс. других категорий работников, следствием чего может стать 15% ожидаемый дефицит МП населению в сравнении с 2010 г. (по данным Европейской Комиссии по здравоохранению) [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», что на протяжении десятилетий осуществляют институты власти и системы здравоохранения стран мира [4].

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

Материал и методы. Изучено получение базового и дополнительного (последипломного) медицинского образования МС ряда государств мира за 2001–2016 гг. [5–7]. Необходимость в согласованных действиях по преодолению кризиса здравоохранения, обусловленного глобальным дефицитом кадров, неравномерностью их территориального распределения, нарастающей неуправляемой миграцией, сложными условиями труда, вызывает необходимость пересмотра сроков и методов обучения МС.

Результаты. Анализ моделей сестринского образования в зарубежных странах дает информацию о его состоянии [2, 5, 8–12], о чем в «The Lancet» (2010) был опубликован вывод для Европейского региона 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». Четвертый фундаментальный принцип Великой хартии университетов, принятый (Франция, Болонья, 1988) на заседании Европейской организационной группы по сближению образования стран Европейского региона, был реализован в Республике Беларусь как принцип свободы, предлагающий модель национального образования, которая научит уважать великую гармонию природы и самой жизни на основе учета особенностей существующей системы здравоохранения [7].

Состояние обучения МС неоднократно рассматривалось ЕРБ ВОЗ: на 64-й Всемирной ассамблее здравоохранения, в Варшаве (2011) (резолюция WHA 64.7, р.13.4) [1, 4, 8, 11–12]; в Российской Федерации (Санкт–Петербург, 2012), Литве (Вильнюс, 2013), Латвии (Рига, 2015), в Барселоне (2016) на Флагманском курсе ВОЗ по укреплению систем здравоохранения: Фокус на НИЗ, а также на 25-м Конгрессе Международного совета медицинских сестер «Справедливость и доступность медицинской помощи» (Мельбурн, Австралия, 2013), главной задачей поставлено развитие информационных технологий и

научных исследований в области здравоохранения, частью которого является сестринское дело. Итогом этих совещаний стали выводы о том, что МС могут вносить больший вклад в экономику страны, в укрепление здоровья пациента, для чего следует расширить функциональные обязанности [9, 13–17], включающие обучение МС удовлетворению потребностей пациентов в медицинском уходе, оказанию пациентам и членам их семьи поддержки по месту жительства. Политика справедливого улучшения здоровья, как универсальной ценности, является источником стимула для науки и сестринских технологий, чему способствуют действия для достижения целей Здоровья–2020 [18–21].

Основными моделями обучения медицинских специалистов являются германская модель (ФРГ), англосаксонская (Великобритания, Канада, США), успешен опыт обучения МС с национальным колоритом (Финляндия), которой успешно претворяется в Казахстане, Латвии.

Продолжительность программ общего медицинского образования по англосаксонской модели колеблется от 4–5 лет в США, до 5–6 в Великобритании с последующим допуском к самостоятельной практике через резидентуру, в Канаде и США она длится 3–5 лет, в Англии 1–6 лет, в зависимости от специализации [2, 5, 8].

В США медицинское образование получают за 4 года в школах, аккредитованных Комитетом по Связи по медицинскому образованию, финансируемых из бюджетов штатов. Параллельно с изучением программы подготовительных курсов, студенты, желающие поступать в медицинские вузы, должны сдать тест MCAT (Medical College Admission Test), баллов которого недостаточно для подачи 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 [5, 8].

Менее стандартизированной считается германская модель (ФРГ), особенностью которой является 2-х летняя подготовка к поступлению через программу «Абитур», продолжительность учебы для получения общего медицинского образования – 6 лет, для самостоятельной практики – 11 лет с необходимостью отработать ассистентом (практикантом врача) не менее 4,5–5,5 лет.

В Финляндии обществом высоко ценится работа МС [8], обеспечению качества МП способствует соотношение: врач: сестра составляет 1:5, как и в Ирландии, Исландии. В Турции, Мексике, Израиле, Испании оно составляет 1:1. Близки к этим показатели в Ко-

рее, Болгарии, Эстонии, Чехии, Польше. В Беларуси – 1:3, как и в Словении, Швеции и Нидерландах, а в Японии, США, Канаде, Люксембурге это соотношение равно 1:4 (2010г.). 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) [10].

В Израиле высокая потребность в МС, обусловленная высочайшим уровнем развития медицинской реабилитации, вклад в которую на 60–70% обеспечен руками МС, но получение образования сопряжено с трудностью преодоления языкового барьера (иврит). Программа обучения продолжительна [2, 5, 6], особенностью являются стажировки за рубежом продолжительностью от 6 мес. до 1 года, 1 раз в несколько лет, обязательное участие в обучающих семинарах или на регулярных курсах при крупных клиниках и центрах и зарубежных симпозиумах по специальности, практикуемое и стимулируемое в большинстве европейских государств.

Обучение МС в Республике Беларусь регламентируется нормативными документами, согласно которым продолжительность базовой подготовки в медицинском университете г. Гродно с 2015 г. сокращена до 4 лет по специальности – «Медицинская сестра с высшим образованием», что соответствует европейским стандартам [1, 26, 27, 30, 31]. Дополнительное (последипломное) руководителей сестринского дела осуществляют на курсе «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО и в ГУО «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов образования». В случае, если обучающийся в системе дополнительного образования имеет высшее образование (по специальности одного направления со специальностью переподготовки), то ему предусмотрено уменьшение общего количества учебных часов – не менее 500 уч. час., для лиц со средним специальным образованием – не менее 300 уч. час. [5, 7, 12]. Международным советом медицинских сестер совместно с ЮНЕСКО выдвинут девиз: «Равный обучает равного», используемый в организации учебы главных (старших) медицинских сестер в БелМАПО, итогом стали показатели удельного веса новых лекций для учебных программ ежегодно не менее 25%, доля предложений по совершенствованию обучения, учтенных при создании нормативных документов (Акты внедрения инструкций, монографий и др.) не менее 20% [8, 10].

Отличием в Республике Беларусь является традиционное внимание образовательной политики к формальному обучению, а за рубежом растет интерес к неформальному

образованию для социализации личности, формирования коммуникативных навыков, используемых в подготовке МС при оказании геронтологической и паллиативной помощи, к чему подталкивает демографическая ситуация. Анализ динамики укомплектованности МС старше трудоспособного возраста за 2012–2015 гг. свидетельствует о росте этого показателя с 12,1% до 14,1% [10, 22–23].

В стране действует система повышения квалификации с количеством часов для присвоения новой квалификационной категории руководителям и специалистам с высшим сестринским образованием объемом не менее 160 час. Для подтверждения имеющейся квалификационной категории нужно 100 час., а для лиц, не имеющих квалификационной категории – не менее 80 час. Особенностью последних лет в системе дополнительного образования взрослых стало внедрение в практику курсов дистанционного обучения для специалистов, не осуществляющих лечебно-диагностическую деятельность, достоинством внедрения является экономический эффект [13, 14].

В работе курса «Организация сестринского дела» БелМАПО в 2001–2017 гг. использованы учебные программы развития лидерства, новые формы работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, совершенствования командных форм деятельности согласно мировым тенденциям. Через подобный опыт в течение 15 лет прошли 18 европейских государств (Pesk et al., 2000). В 17 странах непрерывное медицинское образование считается необходимым, в 6 государствах оно регламентируется законом, в 13 обеспечивается профессиональными медицинскими сообществами [2, 7, 8, 11, 12, 24].

Заключение. Международный опыт свидетельствует о необходимости комплексных усилий по совершенствованию обучения МС для повышения безопасности пациентов. Сходством образования МС в мире являются условия приема, продолжительность обучения, практико-ориентированный подход к самостоятельной практике, принятие междисциплинарного сотрудничества в области обучения МС, его совершенствование под девизом «Думать по-новому, работать творчески».

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия развития кадров здравоохранения в Европейском регионе: доклад, представленный Региональному комитету, пятьдесят седьмая сессия, Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г.
2. Матвейчик Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.
3. Доклад о человеческом развитии, 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех: пер. с англ. / ПРООН. – М.: Весь мир, 2011. – 188 с.
4. Буссе Р. Система здравоохранения: время перемен: Нидерланды / Р. Буссе, А. Разберг; ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2004. – 141 с.
5. Герасименко М.А., Калинина Т.В. Система непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь и за рубежом: учеб.-метод. пособие / М.А. Герасименко, Т.В. Калинина. – Минск: БелМАПО, 2015. – 38 с.
6. Ван Тартвийк Ж. Руководство АМЭЕ №45: портфолио для оценки и обучения / Ж. ван Тартвийк, Э.В. Дризzen // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2013. – №1. – СС. 26–54.
7. Болонский процесс как путь модернизации системы высшего образования Беларуси / С.С. Ветохин [и др.]; науч. ред. А.В. Лаврухин. – Минск: Медисонт, 2014. – 68 с.
8. Матвейчик Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография / Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2018. – 171 с.
9. Матвейчик Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.] – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.
10. Интернет-ресурс. – Режим доступа:
http://www.belmapo.by/assets/files/publications/oziz/medical_education.pdf [Дата обращения – 13.12.2018г.].
11. Матвейчик Т.В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Мн.: Высшая школа, 2006. – 301 с.
12. Матвейчик Т.В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Высшая школа, 2016. – 366 с.

13. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.
14. Матвейчик Т.В., Мещеряков Ю.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи / Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск: Ковчег, 2016. – 244 с.
15. Интернет-ресурс. – Режим доступа: http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe_delo/soprov_rukovodstvo.pdf [Дата обращения – 13.12.2018г.].
16. Интернет-ресурс. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf> [Дата обращения – 13.12.2018г.].
17. Матвейчик Т.В. Содействие здоровому образу жизни: учебно-методическое пособие с грифом РИПО / Т.В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – 2-е изд., испр. – Минск: РИПО, 2014. – 276 с.
18. Якаб Ж., Цурос А.Г. Здоровье–2020 – достижение целей здоровья и развития в сегодняшней Европе / Ж. Якаб, Агис Д. Цурос // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №2. – СС. 4–14.
19. Цели развития тысячелетия в Европе и Центральной Азии: достижения, проблемы и дальнейшие шаги. – ООН, Нью-Йорк и Женева, 2010. – 132 с.
20. Укрепление сестринского и акушерского дела: А64/VR/10 // Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011г., 10-е пленарное заседание.
21. Интернет-ресурс. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf [Дата обращения – 29.03.2013г.].
22. Здравоохранение в Республике Беларусь. Офиц. стат.сб. за 2000 – 2015гг. – Минск: ГУ РНМБ.
23. Интернет-ресурс. – Режим доступа: <http://www.belmapo.by/assets/files/publications/oziz/img274.pdf> [Дата обращения – 13.12.2018г.].
24. Научные исследования в сфере социально-экономических и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и конвергенция знаний»: монография / Абакумова И.В, Антонова Е.К., Байгулов Р.М.[и др.]; под ред. Р.М. Байгулова, О.А. Подкопаева. – Самара: ООО «Офорт», 2016. – 439 с.