

СРЕДНЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья посвящена особенностям реформирования среднего медицинского образования в новых экономических условиях. По результатам проведенного исследования обосновывается целесообразность пересмотра существующих учебных программ, их переориентации и разработки новых.

В последнее десятилетие создана многоуровневая система подготовки кадров. Внедряется принципиально новая организационная структура управления сестринскими службами. Реализуются отраслевая и региональные программы развития сестринского дела. Во многих городах успешно проводят эксперимент по внедрению современных организационных форм и технологий в эту работу. Развивается сеть палат, отделений, больниц сестринского ухода и паллиативной помощи. В перечень специальностей начального профессионального образования введена специальность «сестринское дело», квалификация – младшая медицинская сестра по уходу за больными. Особое внимание уделяется высшему сестринскому образованию, которое позволит обеспечить отрасль высококвалифицированными управленческими и педагогическими кадрами. Уже сегодня в вузах страны функционирует более 30 факультетов ВСО, где обучаются свыше 7,5 тысяч студентов, из них по вечерней и заочной форме – около 85% [4].

Применение новых организационных форм работы сестринского персонала, когда квалифицированный уход осуществляет подготовленный специалист, принимающий решения в рамках своей компетенции, приводит не только к повышению клинико-экономического эффекта медицинской помощи, но и к моральной удовлетворенности среднего медицинского работника своей профессиональной деятельностью. При этом меняется отношение к нему со стороны врачей, пациентов и их родственников.

Проблема обеспеченности средним медицинским персоналом продолжает оставаться нерешенной. Усиливается отток из отрасли молодых специалистов. Низкий уровень оплаты труда, недостаточная социальная защищенность, систематические перегрузки на работе, отсутствие надлежа-

щих условий труда – все это не способствует закреплению молодежи в ЛПУ. Обращает на себя внимание рост профессиональной заболеваемости. В структуре преобладают туберкулез, сывороточный гепатит, бронхиальная астма, дерматиты, медикаментозная экзема [3].

В настоящее время назрела необходимость активизации реформы здравоохранения, чтобы она отражала потребности общества, отвечала надеждам и чаяниям как населения, так и медицинских работников. Реформа требует такой реорганизации среднего медицинского образования, которая включает разработку системы контроля качества, оптимизацию образования, совершенствование программ обучения, развитие стандартов и алгоритмов средней медицинской практики.

Проблема качества и эффективности достаточно остро встает при подготовке специалистов среднего звена. Качество в профессиональной деятельности можно улучшить главным образом посредством более эффективного обучения. Поскольку медицинское образование является одним из факторов, которые влияют на общественное здоровье, то и вопросы качества подготовки персонала рассматриваются как совокупность существенных свойств профессионала-медика [6, 7, 8].

Качество работы среднего медицинского персонала определяется профессиональной компетентностью, выражаемой в устойчивом характере труда, а главное, – в способности в различных клинических ситуациях находить рациональное решение. В структуре профессиональной компетенции среднего медицинского звена важное место занимают профессионально-содержательный компонент (знания, умения, навыки); профессионально-личностный, профессионально-развивающий [1, 2].

Цель настоящей работы научное обоснование системы организации среднего меди-

цинского образования в новых экономических условиях.

Материал и методика. Исследование проведено путем анкетирования и интервьюирования среднего медицинского персонала и врачей лечебно-профилактических учреждений г. Оренбурга и Оренбургской области; путем изучения документов нормативной и организационно-распорядительной документации: Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования, квалификационных требований подготовки специалистов, учебных планов по ГОС 1997 и ГОС 2002 гг., примерных программ обучения по ГОС, рабочих программ итоговой государственной аттестации.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало: в современных условиях на сестринский персонал возложена чрезмерная нагрузка, что влечет снижение качества ухода за пациентами, а иногда даже ведет к ошибкам в работе. Особенно это актуально для хирургической службы, где результаты проведенного, подчас дорогостоящего лечения, не всегда закрепляются необходимым восстановлением и реабилитацией пациентов в послеоперационном периоде. 15% анкетированных отметили невозможность в некоторых случаях предоставить пациенту должный профессиональный уход. Среди причин респонденты отметили низкий социальный статус медицинских работников среднего звена, в ряде случаев отсутствие нормальных условий для работы, низкую оценку труда медицинских сестер; 22% анкетированных отметили необходимость повышения качества сестринской помощи, и, наряду с этим, несоответствие профессионального сестринского образования уровню современных требований.

Медицинские сестры хирургических стационаров отметили необходимость развития стандартов и алгоритмов практической деятельности. Новые принципы, методы, средства и приемы обучения существенно меняют стереотипы, но необходимо помочь будущему специалисту уверенно овладеть практическими профессиональными умениями и навыками, в частности, у постели больного.

При анкетировании выявлено недостаточно четкое знание таких тем, как «Десмургия», «Острый живот», «Острая и хроническая хирургическая инфекция», «Гемотрансфузиология», «Внутрибольничная инфекция», знание аспектов ухода (например, за дренажами в послеоперационном периоде, за катетерами, нечеткое владение вопросами асептики и антисептики и др.).

По данным анкетированных хирургов (20%), некоторые медицинские сестры сразу после поступления на рабочее место не всегда имеют четко отработанные навыки по выполнению внутривенных инъекций, промывание желудка, не всегда четко представляют организацию и правила сбора анализов.

Следовательно, необходим пересмотр учебных программ в плане установления фактического времени для усвоения важнейших умений на уровне профессиональной деятельности (уровень знаний, умений, т.е. продуктивная деятельность по образцу применения знаний на практике в приложении к знакомым объектам и ситуациям).

Основываясь на изложенном, можно заключить, что в целях реорганизации среднего медицинского образования в новых экономических условиях требуются разработки моделей технологии деятельности медицинских сестер, а также дальнейшая переориентация учебных программ.

Список использованной литературы:

1. Андреева О.В. Традиционное обучение в преподавании клинических дисциплин // Медицинская сестра – 2000, №4 – с. 37-38
2. Двойников С.Н., Карасева Л.А. Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями // Медицинская помощь – 1996, №3. – с. 17-19.
3. Денисов И.Н. Мелешко В.П. Медицинские кадры России // Проблемы социальной гигиены и истории медицины – 1996, №2. – с. 30-33.
4. Материалы II Всероссийского съезда средних медицинских работников. – 2005.
5. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический прогноз): Дисс. докт. медицинских наук. – М., 1995. – 216 с.
6. Петухова В.Д. Научное обоснование деятельности подготовки средних медицинских работников в современных условиях развития здравоохранения: Автореф. дисс. докт. медицинских наук. – М., 1999. – 25 с.
7. Дружинина А.В. Володин Н.Н. Подготовка специалистов сестринского дела в России // Медицинская сестра – 1999, №1. – с.39
8. Пономарева Л.А. Системный подход к технологии среднего медицинского образования: Автореф. дисс. докт. медицинских наук. – М., 2003. – 48 с.