**ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА ВЫПУСКНИКОВ ФАКУЛЬТЕТА ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Дипломная работа**

**СОДЕРЖАНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ**

**ГЛАВА 1. Перспективы профессионального роста выпускников ФВСО**

.1 Современное положение сестринского дела в РФ

.2 Структура здравоохранения в РФ

.3 Структура образования

.4 Факторы, влияющие на профессиональную успешность медсестры в ВСО

.4.1 Социальные факторы

.4.2 Психологические факторы

.4.3 Экологические факторы

.4.4 Политические факторы

**ГЛАВА 2. Анализ перспектив профессионального роста выпускников ФВСО**

.1 Анализ ситуации на рынке образовательных услуг и практического здравоохранения

.2 Медико-социальные характеристики студентов и выпускников ФВСО

.3 Результаты перспектив профессионального роста выпускников ФВСО

.4 Анализ факторов, влияющих на профессиональную успешность выпускников ФВСО

.4.1 Индивидуально - психологические факторы

.4.2 Социальные факторы

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**ВЫВОДЫ**

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования.** Сестринское дело - составная часть системы здравоохранения, располагающая существенными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в приемлемой медик - социальной помощи [10]. Сестринский персонал, составляет на сегодня самую большую категорию медицинских работников, и предоставляемые ими услуги рассматриваются как ценный ресурс отрасли здравоохранения, которые удовлетворяют потребности населения в медицинской помощи [21]. В медицинской практике выделяется большое разнообразие обязанностей, которые возлагаются на средний медицинский персонал [22]. Выполнение этих обязанностей требует понимания факторов, влияющих на здоровье людей, причины возникновения болезней, способы лечения и реабилитации, профилактики заболеваний и других условий, в которых осуществляется медико-социальное обеспечение людей [4].

В мировой практике накоплен богатый опыт развития сестринского дела, использования сестринского персонала в удовлетворении потребности населения в медико - социальном обеспечении в сотрудничестве с другими категориями медицинских работников [10]. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сестринское дело в России по уровню своего развития значительно уступало сестринскому делу большинства стран Европы [15]. Отмечалось очевидное несоответствие между уровнем развития отечественной науки, медицинских технологий и характером сестринской практики. К началу 90-х годов продолжительность подготовки медсестер в России и других республиках бывшего Союза была самой короткой в Европейском регионе, уровень и содержание профессионального образования не соответствовали международным требованиям и стандартам [15]. Становилось все более очевидным, что изменение сестринской подготовки невозможно без реформирования сестринского образования, системы управления сестринскими кадрами иразвития прикладных научных исследований в области сестринского дела. К концу 80-х годов высшее сестринское образование существовало уже в большинстве стран Европы. Его позитивное влияние на развитие сестринской практики отмечалось многими авторитетными международными организациями, в том числе ВОЗ, Международной организацией труда (МОТ) и Международным советом медсестер. Обсуждению проблем высшего образования для медсестер в Европейском регионе был посвящен симпозиум, организованный ВОЗ в Гааге в 1972 году [10]. В его документах даны подробное обоснование и перечень преимуществ обучения медсестер на университетском уровне. На необходимость создания программ высшего сестринского образования, ориентированных преимущественно на подготовку педагогических, управленческих и исследовательских кадров, указывалось также в рекомендациях Конвенции МОТ «О сестринском персонале» [1977], утвержденной многими странами мира.

Нашей страной Конвенция была утверждена в 1979 году, решение об организации высшего сестринского образования было одобрено Всесоюзным совещанием специалистов со средним медицинским образованием [Тула, 1989] и поддержано Минздравом, но фактическая реализация намеченных планов по объективным причинам задерживалась. Они были претворены в жизнь лишь спустя определенное время.

Первые 2 факультета высшего сестринского образования были созданы в 1991 году - в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и Самарском государственном медицинском университете, благодаря большой работе, проведенной Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова. Первый выпуск специалистов с высшим сестринским образованием состоялся в 1995 году.

В настоящее время в 43 медицинских ВУЗах страны функционируют факультеты ВСО, на которых подготовлено более 10 000 специалистов - менеджеров сестринского дела [14]. ФВСО готовит квалифицированные сестринские кадры для клинической практики, педагогической деятельности и управления сестринским персоналом. Полученные профессиональные знания и умения они применяют в организационно - управленческой, маркетинговой, педагогической и научно - исследовательской работе [14].

Выпускники - менеджеры сестринского дела сегодня работают не только в учреждениях здравоохранения, они также занимают должности руководителей более высокого уровня, в том числе специалистов по сестринскому делу органов управления здравоохранением. Профессиональная управленческая подготовка делает выпускников ФВСО успешными лидерами профессиональных ассоциаций, открывает новые перспективы и возможности для их профессиональной карьеры. Однако нельзя не отметить, что из-за ряда существующих причин часть выпускников ФВСО не могут полностью реализовать свой потенциал [14].

**Цель дипломной работы** - анализ возможных перспектив профессионального роста выпускников факультета высшего сестринского образования.

Для достижения поставленной цели необходимо **решение следующих задач:**

1. Проанализировать ситуацию на рынке образовательных услуг и практического здравоохранения РФ.

. Изучить медико - социальные характеристики студентов и выпускников ФВСО.

. Определить перспективы профессионального роста выпускников.

. Выявить факторы, влияющие на перспективы профессионального роста студентов и выпускников ФВСО.

**Объект исследования:** выпускники ФВСО и студенты V курса ФВСО.

**Предмет исследования:** перспективы профессионального роста выпускников ФВСО.

**Методы исследования:**

- ретроспективный анализ;

статистическое анкетирование;

психологический тест - опрос.

**База исследования**: исследование проводилось в On - Lain режиме в социальной сети «В контакте».

**Научная новизна** исследования состоит в изучении возможностей и проблем трудоустройства имеющихся кадров - выпускников ФВСО.

**Практическая значимость исследования** состоит в том, что знание факторов, влияющих на профессиональный рост выпускников ФВСО, позволит управлять этим процессом. Представленные в работе рекомендации могут послужить основанием для разработки нормативно - правовой основы влияющей на дальнейшее развитие сестринского дела и расширение номенклатуры должностей для выпускников ФВСО, получивших диплом специалиста - менеджера.

В структуру дипломной работы входит:

· введение, где обосновывается значимость выбранной темы дипломного проекта, излагаются цель и задачи, которые были решены в ходе ее написания;

· в первой главе рассмотрены основные аспекты современного состояния сестринского дела в РФ, структуры здравоохранения и образования в РФ и факторы, влияющие на профессиональную успешность выпускников ВСО;

· вторая глава посвящена результатам исследования, где проанализирована ситуация на рынке образовательных услуг и практического здравоохранения РФ, описаны медико-социальные характеристики выпускников ФВСО, проведено исследование перспектив профессионального роста и факторов, влияющих на профессиональную успешность данных выпускников;

· в заключении представлены основные результаты написания дипломного проекта;

· представлены сформулированные выводы, отвечающие на цель и задачи исследования;

· внесены практические рекомендации для совершенствования дальнейших возможностей профессионального роста выпускников ФВСО.

Основой для написания дипломного проекта явились Программа сестринского дела до 2020 года и другие нормативно-правовые документы, регламентирующие сестринское дело в России на сегодняшний день. Также использовались статьи, различных авторов, освещающих данную проблему на страницах учебных пособий, медицинских журналов и газет.

**ГЛАВА 1. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА ВЫПУСКНИКОВ ФВСО**

**1.1 Современное состояние сестринского дела в Российской Федерации**

Первое определение сестринского дела было дано Флоренс Найтингейл, первой исследовательницей и основоположницей современного сестринского дела в ее знаменитых "Записках об уходе" [1859 г.]. Флоренс Найтингейл совершила переворот в общественном сознании и во взглядах на роль медицинской сестры в области охраны здоровья общества [15].

Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения, которое является искусством и наукой одновременно. Оно требует владения специфическими знаниями, навыками и умениям их практического применения, строится на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, химические, биологические и социальные законы [18].

Есть множество определений сестринского дела, на каждое из которых оказывали влияние особенности исторического времени и национальной культуры, уровень социально - экономического развития общества, демографическая ситуация, потребности населения в лечебно - профилактической помощи, состояние системы здравоохранения и обеспеченность ее кадрами, а также представления и взгляды человека, формулирующего данное понятие [10].

Из многочисленных существующих определений сестринского дела наиболее широко известным является то определение, которое дала американская медицинская сестра Вирджиния Хендерсон, выдающийся преподаватель, исследователь и лектор, в 1961 году и которое получило позже международное признание: «Уникальная функция медицинской сестры заключается в оказании помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он предпринял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями, волей. И делается это таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрел независимость» [15].

В России до недавнего времени не предпринималось попыток четкого определения сестринского дела. Традиционно сформировавшееся в прошлом представление о медицинской сестре как о вспомогательном техническом помощнике врача, «работающем по его указаниям и под его наблюдением», не претерпело значительных изменений с течением времени. Это привело к отставанию сферы сестринской деятельности общественного здравоохранения от уровня развития науки, современных технологий и негативно сказалось на качестве сестринской помощи населению, статусе медицинской сестры и престиже профессии.

Понятие «сестринское дело» относительно недавно вошло в наш профессиональный язык. Впервые официально понятие «сестринское дело» в РФ было введено в 1988 году. В номенклатуре образования специальностей в сфере здравоохранения место «медицинской» специальности заняла специальность «сестринское дело». В связи с этим в содержании базовой подготовки медицинских сестер возникла новая учебная дисциплина - «основы сестринского дела» [15].

По определению доктора медицинских наук Г. М. Перфильевой «Сестринское дело - важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи». Впервые сравнение сестринского дела в России и за рубежом было проведено Г. М. Перфильевой. Автором выявлены закономерности этого сложного явления в зависимости от социально-экономических факторов, культурных традиций, демографических процессов, успехов науки и здравоохранения, развития международного сотрудничества. Анализ сестринского дела показал значительное отставание его в России по сравнению с развитыми странами в темпах и уровне развития [26].

Указом Президента РФ от 20.04.93 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» разработан комплекс государственных мер по преодолению кризисного состояния здравоохранения, приостановлению ухудшения показателей общественного здоровья, их стабилизации, которые становятся все более неотложными на то время. В этом документе достаточное значение придается сестринскому делу.

Заметные изменения в организации сестринского дела начали происходить с 1993 года, когда была создана и принята философия сестринского дела. Впервые были сформулированы основные принципы философии сестринского дела в России, в соответствии с которыми медсестра - это «специалист, имеющий профессиональное образование и право на сестринскую работу, и разделяющий философию сестринского дела. Она действует как независимо, так и в сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения». Сначала в учебных заведениях, а затем и в ЛПУ стали рассматриваться понятия «сестринский процесс», «сестринский диагноз», «сестринская история болезни», «потребности пациента» [10].

В 1994 году создается Ассоциация медицинских сестер России, принимающая участие в работе Международного Совета медицинских сестер, а в 1997 году российской Ассоциацией медицинских сестер принимается Этический кодекс медицинских сестер России. Составляющие его содержание принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности [21].

Значительную роль в развитии сестринского дела сыграло постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», в котором предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений. Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач по оказанию первичной медико-социальной помощи населению, усилению профилактической направленности здравоохранения, гигиеническому обучению и воспитанию населения, расширению объемов помощи на дому, увеличению реабилитационных мероприятий и других задач.

Все вышеперечисленное определило необходимость реформирования сестринского дела в стране и необходимость в подготовке Государственной программы реформирования и развития сестринского дела. В последующем была разработана Государственная программа развития сестринского дела в Российской Федерации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.12.97 № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации» [30].

10. 06. 1998 года Ассоциацией медицинских сестер России принимается «Стандарт практической деятельности медицинской сестры».

.01. 2001 года принимается приказ Минздрава РФ № 4 «Об отраслевой Программе развития сестринского дела в Российской Федерации», а 01. 09. 2001 года вводится в действие отраслевой стандарт «Система стандартизации в здравоохранении» [31].

В июне - августе 2002 года приказами Минздрава РФ № 209 и 337 были утверждены специальности «Сестринское дело» и «Управление сестринской деятельностью». 13. 09. 2002 года принимается положение «О специалисте по управлению сестринской деятельностью».

20 - 21 октября 2004 года в Российской академии государственной службы при Президенте РФ состоялся II Всероссийский съезд средних медицинских работников «Развитие сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения», основной задачей, которого явилось формирование конструктивных предложений по развитию сестринского дела, определению места и роли среднего медицинского персонала в реформировании российского здравоохранения [19].

В ноябре 2009 года в Екатеринбурге работал III Всероссийский съезд средних медицинских работников, в котором участвовали порядка 1400 медиков из России, а также делегации из Канады, США, Швейцарии, Германии, Швеции и других стран. Девизом встречи стало: «С традициями милосердия - в век инноваций!». Участников этого масштабного мероприятия в письме приветствовала министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова. Одним из основных вопросов, которые рассматривались в ходе съезда, было принятие проекта Программы развития сестринского дела в России на 2010-2020 годы, рассмотрение стандартов медицинских услуг. Если с Программой есть ясность, то стандарты еще находятся на утверждении в Министерстве, а от них во многом зависит материальное благополучие медицинских сестер - стандарты должны определить, сколько времени занимает та или иная медицинская услуга и какая ее стоимость.

Программа развития сестринского дела будет проходить поэтапно, в рамках Концепции развития здравоохранения 2020. В рамках первого этапа (2010-2015 годы) осуществляются подготовительные мероприятия для последующего перехода на новую систему организации медицинской помощи, включая проведение модернизации материально - технической базы учреждений здравоохранения. На втором этапе (2016-2020 годы) предполагается проведение совершенствования управления деятельностью сестринским персоналом, реализация стандартизации и автоматизации управленческой деятельности сестер - руководителей различного уровня.

В ходе реализации основных направлений отраслей программы предполагается разработать методические рекомендации по пересмотру дифференцированной нагрузки на сестринский персонал, предложения по методике оплаты труда специалистов сестринского дела в зависимости от качества, объема выполняемой работы и уровня образования. Концепция развития сестринского дела предусматривает изменение системы профессиональной подготовки медицинских сестер в соответствии с новыми требованиями. Возникновение потребности в медицинских сестрах общей практики, специалистах по социальной работе, медицинских менеджерах и медицинских сестрах с высшим образованием требует не только количественного увеличения числа медицинских работников среднего звена, но и качественного уровня подготовки [29].

Проводимая в стране под руководством Минздрава реформа сестринского образования дала конкретные результаты, выразившиеся в создании многоуровневой системы подготовки сестринских кадров, повышении качества профессионального образования. В то же время отсутствие правовой основы деятельности специалистов сестринского дела, механизмов ее регулирования, средств и методов социальной защиты и мотивации квалифицированных кадров оставляют декларированной, до настоящего времени так и не реализованной потребность практического здравоохранения в использовании имеющегося сестринского потенциала. В отрасли сохраняется значительный кадровый дисбаланс в соотношении между врачами и сестринским персоналом, продолжается отток квалифицированных сестринских кадров из государственных учреждений здравоохранения, возрастают нагрузки, неудовлетворенность персонала и социальная напряженность [15].

**1.2 Структура здравоохранения РФ**

Здравоохранение - совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья [40].

«Вертикаль» управления и контроля над учреждениями здравоохранения включает министерский (федеральный), региональный (крупные центры и города) и местный (муниципальный) уровни. Государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления здравоохранением имеют право контролировать работу частных медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей. В свою очередь, административные органы исполнительной власти, отвечающие за общественную систему здравоохранения, находятся под юрисдикцией органов законодательной власти (Государственная Дума, Совет Федерации). Надзор за исполнением законов в области здравоохранения, в свою очередь, осуществляют органы и учреждения судебной власти.

Особая роль в нашем государстве отводится структурам президентской власти. По конституции именно Президент Российской Федерации руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, не реже одного раза в год представляет Верховному Совету Российской Федерации доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации [16].

В структурном, организационном плане общественная система здравоохранения интегрирует различные типы предприятий и учреждений:

федеральные и региональные органы и учреждения здравоохранения (государственная, бюджетная система здравоохранения);

органы и учреждения государственной системы ОМС;

частные медицинские учреждения и частнопрактикующие врачи (органы и учреждения ДМС и частного медицинского страхования);

общественные, религиозные медицинские организации, фонды, организации и учреждения милосердия и благотворительности.

Все системы здравоохранения в рамках системы охраны здоровья населения РФ находятся в тесном контакте с другими структурами, которые как - то связанны с охраной здоровья населения [15] [рисунок 1].

Министерство здравоохранения и социального развития РФ - высший орган управления здравоохранением, является федеральным органом исполнительной власти. Во главе министерства здравоохранения и социального развития РФ стоит министр, назначаемый на должность президентом России по представлению Председателя Правительства. Министр несет персональную ответственность за выполнение возложенных на Министерство РФ задач. Министр здравоохранения имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Правительством, которые курируют наиболее значимые отрасли здравоохранения. Приказы, указания, постановления и инструкции МЗ РФ по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний и фармацевтической деятельности, а также по другим вопросам, отнесенным к его компетенции, обязательны для всех учреждений, предприятий и организаций независимо от их организационно - правовой формы собственности.

Сфера деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ определена Положением о Министерстве, утвержденным постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 года № 321, и осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно - правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда, физической культуры, спорта, туризма и защиты прав потребителей. Министерство устанавливает политику здравоохранения в России и официально сохранило право следить за региональным здравоохранением и исполнением решений в сфере здравоохранения субъектами Российской Федерации.

Основные вопросы деятельности:

здравоохранение, включая организацию медицинской профилактики и медицинской помощи, фармацевтическую деятельность;

качество, эффективность и безопасность лекарственных средств;

курортное дело;

санитарно - эпидемиологическое благополучие;

уровень жизни и доходов населения;

оплата труда;

пенсионное обеспечение;

социальное страхование;

условия и охрана труда;

социальное партнерство и трудовые отношения;

занятость населения и безработица;

трудовая миграция;

альтернативная гражданская служба;

социальная защита;

демографическая политика;

физическая культура и спорт;

туризм;

защита прав потребителей.

Структурными подразделениями являются департаменты по основным направлениям деятельности Министерства. В составе департаментов Министерства выделены должности главных специалистов - главного терапевта, главного хирурга, главного акушера - гинеколога и др. Главными специалистами назначаются высококвалифицированные врачи, владеющие знаниями, как по соответствующей, так и по смежным специальностям и имеющие опыт организационно-методической работы. Основной задачей главного специалиста является определение стратегии развития службы и тактических решений по ее реализации, направленных на совершенствование медицинской помощи населению [16].

В 2008 году введена должность главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью, который вошел в состав Экспертного совета по здравоохранению Минздравсоцразвития России.

В феврале 2009 года была создана Профильная комиссия Экспертного Совета здравоохранения по управлению сестринской деятельностью, которая обеспечила как иерархическую связь подчинения, так и систему взаимосвязи министерства, главного внештатного специалиста Российской Федерации, главного специалиста региона, области и др., определила горизонтальные связи с учебными и научными заведениями, общественными организациями. Профильная комиссия выполняет функции координирующего органа, она определяет современные стратегические направления развития сестринского дела, взаимодействует с главными специалистами и органами управления здравоохранения субъектов РФ по вопросам перспектив развития и совершенствования сестринского дела.

В апреле 2009 года приказом заместителя министра Минздравсоцразвития России был восстановлен институт главных внештатных специалистов по управлению сестринской деятельностью Федеральных округов, то есть, создана вертикаль управлениях сестринской деятельностью в стране [19].

Региональный уровень.

Руководящие органы этого уровня управляют здравоохранением в субъектах Российской Федерации. При этом в номенклатуру должностей региональных и местных органов управления здравоохранением введены должности главных специалистов по сестринскому делу, созданы советы по сестринскому делу. До введения обязательного медицинского страхования (ОМС) в 1993 году власти субъектов Российской Федерации полностью распоряжались финансированием своего здравоохранения. Позже оно отчасти отошло в ведение учрежденных территориальных фондов ОМС. Субъекты Российской Федерации обязаны обеспечивать выполнение федеральных целевых программ, прежде всего направленных на контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой и борьбу с социально значимыми инфекционными заболеваниями [19].

Местный уровень.

По принятому в 1995 году Федеральному закону "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", местные власти не отвечают перед региональным руководством, но должны выполнять указы Министерства здравоохранения. Часто по взаимной договоренности местное здравоохранение переходит под руководство регионального министерства здравоохранения. Согласно номенклатуре, в Российской Федерации функционируют многочисленные виды ЛПУ, обеспечивающие медицинскую (медико-социальную) помощь населению. В штатных расписаниях ЛПУ вводятся должности заместителей главного врача по работе с сестринским персоналом [19].

Амбулаторно-поликлинические учреждения.

поликлиника (городская, стоматологическая и др.);

учреждения скорой и неотложной помощи;

учреждения, оказывающие акушерско - гинекологическую помощь;

учреждения, оказывающие лечебно - профилактическую помощь детям;

центры (медико-генетический, диагностические, восстановительного лечения, перинатальный, планирования семьи и репродукции);

санитарно - эпидемиологическая станция, филиал и т. д.

В России в основу наблюдения за населением положен принцип разделения территорий на врачебные участки.

поликлиника в своем составе имеет терапевтические отделения, лабораторно - диагностические службы, рентгенологический кабинет, кабинеты физиотерапии, лечебной физкультуры и др. На участке медицинскую помощь обеспечивают участковые врач и медицинская сестра. Участковый медицинский персонал имеет возможность непрерывного наблюдения за здоровыми и больными людьми, совершенствовать меры специфической и неспецифической профилактики, вести пропаганду здорового образа жизни среди населения. Отличительная особенность - сельские жители, для которых работают самостоятельные врачебные амбулатории (участковые больницы) или фельдшерско - акушерские пункты (ФАПы), количество которых в последние годы резко сократилось;

диагностический (консультативно - диагностический) центр. Это новое организационное решение в рамках концепции стационарзамещающих технологий. Большинство таких центров не имеют самостоятельного подчинения и созданы на базе больниц или поликлиник. Тем не менее, это позволяет сегодня участковому врачу обследовать пациентов с переходными состояниями и различными заболеваниями, не прибегая к госпитализации, обеспечить взрослое и детское население доступной и высококвалифицированной помощью в амбулаторных условиях;

скорая медицинская помощь оказывается населению сотрудниками станции СМП, неотложная медицинская помощь обычно оказывается сотрудниками амбулаторно - поликлинических учреждений. Станция СМП может функционировать, как самостоятельное учреждение, так же являться структурным подразделением других ЛПУ;

учреждения, оказывающие акушерско - гинекологическую помощь представлены следующими учреждениями: родильные дома, женские консультации, акушерско - гинекологические отделения многопрофильных ЛПУ, перинатальные центры, центры планирования семьи и др.;

учреждения, оказывающие лечебно - профилактическую помощь детям: детские больницы, детские городские поликлиники, педиатрические отделения многопрофильных ЛПУ, дома ребенка и др.

Стационарная медицинская помощь оказывается следующими видами стационаров:

больница (окружная или районная, городская, областная, краевая, республиканская);

специализированная больница (инфекционная, восстановительного лечения, психиатрическая, туберкулезная, госпиталь ветеранов и др.);

хосписы, дома ребенка, приюты и т. д.

Через российские больницы ежегодно проходит около 30 млн. пациентов, средняя продолжительность пребывания больного на больничной койке составляет 14 - 15 дней. Поскольку для российского здравоохранения поставлена задача смены акцентов с лечения на профилактику, то обеспеченность круглосуточными больничными койками постепенно снижается. Структурная перестройка здравоохранения, проводящаяся для повышения преемственности медицинских учреждений, касается, прежде всего, стационаров. Больница (стационар) предназначена обеспечить:

диагностику заболеваний, неотложную терапию, лечение и реабилитацию больных;

оказание специализированной лечебной помощи;

консультативную и методическую помощь, включая внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и профилактики.

Создается четкая регламентация больниц по профилю деятельности:

больницы (отделения) с высокой интенсивностью лечебно-диагностического процесса. Это стационары, где оказывается интенсивная медицинская помощь, проводятся экстренные хирургические вмешательства, имеются соответствующее медицинское оборудование, высококвалифицированные медицинские кадры, лекарственные средства;

больницы (отделения), ориентированные на лечение плановых больных среднесрочного пребывания, т. е. на восстановительное лечение;

больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации для больных с хроническими заболеваниями;

медико - социальные больницы (отделения) - больницы сестринского ухода, хосписы.

В России количество коек до сих пор определяется в зависимости от административного подчинения, по которому больницы делятся: на республиканские, областные (краевые), городские, районные. Так же в большинстве случаев определяется профиль (многопрофильная или специализированная) и вид организации (объединенная или не объединенная с поликлиникой) больницы. Особую роль выполняют детские больницы, обеспечивающие высококвалифицированную медицинскую помощь детям. Наиболее распространенным типом является объединенная больница, направления работы которой: стационарное, поликлиническое, организационно - методическое, административно - хозяйственное.

диспансер и специализированный центр. Создаются в связи с решением конкретной медико - социальной задачи. Выделяют различные виды диспансеров: противотуберкулезный, онкологический, психоневрологический, врачебно-физкультурный и др. Их функция - мониторинг и лечебно-профилактическая помощь определенному контингенту пациентов. Аналогичную роль могут выполнять создаваемые при больницах специализированные центры, такие как кардиоревматологический, гастроэнтерологический, пульмонологический, нефрологический, гематологический и др.

для инвалидов созданы Центры реабилитации и восстановительного лечения, их в настоящее время более 2 000 в различных регионах страны. В них оказывается этапная помощь больным с хроническими и рецидивирующими болезнями. С той же целью открывают разнообразные виды дневных стационаров.

медико - санитарная часть. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий - одна из дополнительных форм лечебно - профилактической помощи населению. Медико - санитарная часть (МСЧ) - специализированное подразделение, оказывающее медицинскую помощь работникам предприятий промышленности, строительства, транспорта, связи с различными формами собственности. Это комплексное медицинское учреждение, в состав которого могут входить в зависимости от численности и характера обслуживаемого контингента поликлиника, врачебные и фельдшерские здравпункты, стационар, санаторий - профилакторий, диетическая столовая, детские оздоровительные учреждения и др.

Стационар в Российском здравоохранении выполняет не только лечебную, но и социальную функцию: часть коек, так называемые социальные койки, заняты одинокими престарелыми и больными людьми, требующими необходимого ухода. Такими учреждениями являются медико - социальные больницы: больницы сестринского ухода, хосписы.

Российское здравоохранение располагает такой формой лечения и оздоровления как санаторная помощь. В качестве лечебно - реабилитационных и оздоровительных средств используют преимущественно природные физические факторы в сочетании с диетотерапией, массажем, лечебной физкультурой, физиотерапией и др. Санатории располагаются в курортных зонах. Имеются также местные санатории, которые устроены, чаще всего в загородных зонах с благоприятными ландшафтными и микроклиматическими условиями. В настоящее время в сложившейся экономической ситуации возрастает роль саморегулирования и самоконтроля функционирования санаторно-курортного рынка [15].

В соответствии с законодательством в РФ соблюдено сочетание 3-х систем здравоохранения:

государственной;

муниципальной;

частной [рисунок 2].



Рисунок 2. Существующие системы здравоохранения в РФ.

**К государственной системе здравоохранения относятся:**

- Министерство здравоохранения РФ.

Министерства здравоохранения субъектов РФ.

Органы управления здравоохранением автономных областей и округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт - Петербурга.

Российская академия медицинских наук.

Государственный комитет санитарно - эпидемиологического надзора РФ.

Лечебно - профилактические и научно - исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно - медицинской экспертизы, санитарно - профилактические учреждения, службы материально - технического обслуживания, предприятия по производству медицинской техники и медицинских препаратов и другие учреждения, находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения. Лечебно - профилактические учреждения (ЛПУ), фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями РФ помимо Минздрава РФ и республик в составе РФ.

Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами. Они осуществляют свою деятельность в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» и подзаконными актами и законами РФ и ее субъектов, а также нормативными актами Минздрава РФ и Минздрава субъектов РФ, органов управления территорией.

**К муниципальной системе здравоохранения принадлежат:**

- Органы управления здравоохранения муниципальной собственности.

Лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения.

Фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения.

Учреждения судебно-медицинской экспертизы.

Образовательные учреждения.

Учреждения муниципальной системы здравоохранения являются юридическими лицами. Они осуществляют свою деятельность в соответствии с «Основами» и другими актами законодательства РФ, субъектов РФ, правовыми актами автономных краев и округов, областей, городов Москвы, Санкт - Петербурга, нормативными актами местного самоуправления.

Муниципальные органы самоуправления здравоохранением отвечают за санитарно - гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико - социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения, качество оказания медико - социальной и лекарственной помощи всеми учреждениями, находящимися на подведомственной территории.

Финансирование органов, учреждений, предприятий и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

**К частной системе здравоохранения относятся:**

- ЛПУ и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающихся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. Сюда же относятся ЛПУ, аптечные, научно - исследовательские и образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, физическими лицами. Деятельность учреждений этой системы осуществляется в соответствии с «Основами», другими актами законодательства РФ и ее субъектов, правовыми актами администраций территорий, нормативными актами Минздрава РФ и органов местного самоуправления.

Важная роль в системе здравоохранения, обеспечении доступности медицинской помощи, усилении профилактической направленности, решении задач медико - социальной помощи принадлежит специалистам со средним медицинским образованием. Изменившиеся экономические условия, повлекшие за собой преобразования в здравоохранении, требуют развития сестринского дела в соответствии с меняющимися условиями деятельности лечебно - профилактических учреждений. Однако организационные мероприятия по совершенствованию сестринского дела, разработка методик измерения объемов и дифференцированной оплаты труда медицинских сестер внедряются недостаточно эффективно. От несбалансированности медицинских кадров и малоэффективного использования среднего персонала в практическом здравоохранении страдает в целом система здравоохранения, что оказывает негативное влияние на качество медицинской помощи [40].

**.3 Структура образования**

Россия - одна из немногих стран, где традиционно считают средний медицинский персонал лишь помощниками и исполнителями воли врача. Между тем, роль и функции среднего медицинского звена более значительные. В соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением в современных условиях выделяют такие функции среднего персонала, как: развитие первичной медико - санитарной помощи; профилактика заболеваний; гигиеническое обучение населения, увеличение реабилитационных мероприятий, расширение объемов помощи на дому, в связи с сокращением коечного фонда в стационаре; формирование отделений с различной интенсивность ухода; оказание паллиативной помощи и др. [2].

Реформа сестринского дела и образования в России, повышение спроса на услуги в области здравоохранения привели к созданию государственной системы многоуровневой подготовки сестринских кадров.

С целью формирования специалистов высокого уровня в области сестринского дела в стране была создана многоуровневая система подготовки сестринских кадров, которая включает:

• базовый (основной) уровень подготовки - медицинское училище;

• повышенный (углубленный) уровень подготовки - колледж;

• высшее сестринское образование (ВСО) - институт;

• послевузовское образование - факультет управления здравоохранением (интернатура, ординатура, аспирантура) [2] [рисунок 3].

|  |
| --- |
| **базовый (основной) уровень подготовки - медицинское училище** |

|  |
| --- |
|  **повышенный (углубленный) уровень подготовки - колледж** |

|  |
| --- |
|  **высшее сестринское образование (ВСО) - институт** |

|  |
| --- |
|  **послевузовское образование - факультет управления здравоохранением (интернатура, ординатура, аспирантура)** |

Рисунок 3. Схема образования подготовки сестринских кадров.

Система профессионального образования предполагает обеспечение дифференцированной подготовкой сестринских кадров и гарантирующую соответствующую квалификацию, а также компетентность в решении профессиональных задач. Созданная многоуровневая система подготовки сестринских кадров является важным шагом совершенствования профессионального образования и необходимым условием обеспечения качества сестринской помощи [15].

Сестринское дело в России имеет 2 аспекта: подготовку кадров и их использование в практическом здравоохранении. Идеология состоит в том, что система образования должна обеспечивать дифференцированную подготовку сестринских кадров в зависимости от потребностей рынка медицинских услуг и гарантировать высокий социальный статус среднего медицинского персонала. Соответственно, в сложившихся обстоятельствах, возникла настоятельная необходимость новой стратегии в подготовке сестринских кадров, а также потребность в подготовке преподавателей нового поколения. Приоритет в решении данной задачи отводится факультетам ВСО, который повышает уровень подготовки сестринских кадров. За достаточно короткий период [с начала 90-х годов] разработан и внедрён новый образовательный государственный стандарт, предусматривающий многоуровневую систему подготовки специалистов сестринского дела. Переход на многоуровневую подготовку специалистов среднего звена позволяет реализовать свои потребности в получении как теоретических, так и практических знаний по своей специальности [15].

Согласно Государственному стандарту подготовка специалиста с высшим сестринским образованием и его деятельность направлены на:

оказание высококвалифицированной сестринской помощи, включая укрепление здоровья, профилактику заболеваний, непосредственный уход за больными и реабилитацию;

планирование, организацию, управление и проведение педагогического процесса, связанного с подготовкой и переподготовкой сестринского персонала;

проведение научных исследований по сестринской специальности;

организацию и контроль за культурой производства, с соблюдением этических и конституционных прав граждан: сотрудников, пациентов и окружающих их лиц.

Поэтому не случайно в структуру подготовки специалистов ВСО (менеджеров) входят 4 блока учебных дисциплин [24].

Дисциплины 1-го блока - общие гуманитарные и социально - экономические - способствуют повышению общеобразовательного уровня, развивают студента как личность, формируя у него способность к критическому анализу.

Дисциплины 2-го блока - естественнонаучные и медико - биологические - дают фундаментальные знания, необходимые для выработки и совершенствования профессиональных навыков.

Клинические дисциплины [3-й блок] - профессиональные - обеспечивают освоение медицинских навыков, знакомят с современными теориями сестринского дела.

Специальные дисциплины [4-й блок] способствуют выработке профессиональных знаний в области педагогической и управленческой деятельности в здравоохранении [рисунок 4].



Рисунок 4. 4 блока учебных дисциплин изучаемых студентами ФВСО.

В соответствии с приказом Госкомитета СССР по народному образованию от 28.06.91 № 313 специальность «Сестринское дело» вошла в перечень специальностей высших учебных заведений и была закреплена за учебно - методическим объединением [УМО] по медицинскому образованию. Уже после распада бывшего Союза специальность 040600 «Сестринское дело» определена Комитетом по высшей школе Министерства науки, высшей школы и технической политики РФ в качестве одного из 4 направлений высшего образования в области здравоохранения России [приказ № 459 от 20.07.92]. Перед вузами, приступившими к обучению специалистов нового профиля, была поставлена стратегическая цель - подготовить квалифицированные педагогические и управленческие сестринские кадры, способные на высоком профессиональном уровне решать задачи развития отрасли на основе принципов научного управления, рационального использования ресурсов, технологического совершенствования, реализации и развития кадрового потенциала. Особенностью данного образования является то, что оно базируется на среднем медицинском образовании соответствующего профиля [19].

Первые 2 факультета высшего сестринского образования были созданы в 1991 году - в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и Самарском государственном медицинском университете. Вначале была организована только очная подготовка, на каждый факультет принимали по 50 человек. В 1996 году в соответствии с совместным решением Минздрава и Минобразования, помимо дневной и вечерней формы обучения, был открыт прием на заочную форму обучения для работающего среднего персонала, желающих получить высшее сестринское образование [39].

Минздрав отводил важную роль начатому делу, о чем свидетельствует неоднократное обсуждение вопроса на Коллегии Минздрава и запись в Государственном докладе о состоянии здоровья населения РФ в 1991 году [Белой книге Президента]. Факт открытия факультетов в России был отмечен в докладе Генерального директора ВОЗ «Укрепление роли сестринского персонала в поддержку стратегий достижения здоровья для всех» на 45-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения [апрель, 1992, п.9].

Новому для отечественного здравоохранения направлению подготовки кадров ВСО предстояло решить множество проблем. Объективные трудности формирования системы высшего сестринского образования были связаны с отсутствием в России специально подготовленных профессорско-преподавательских кадров, соответствующего учебно - методического обеспечения и базы данных научных исследований в области сестринского дела. Консультативную помощь российским специалистам в решении ряда вопросов оказывали зарубежные эксперты. В течение первых 3 - 4 лет обучение студентов на факультетах высшего сестринского образования осуществлялось преимущественно по рабочим авторским программам. Кафедрами совместно с деканатами факультетов велась большая работа по созданию и апробации учебно - программного и методического обеспечения специальности. Основные трудности возникали в связи с преподаванием новых учебных курсов и дисциплин. Типовые программы, рекомендуемые Минздравом, стали выходить в свет после 1994 года. Вслед за программами появились первые учебники и учебные пособия для студентов высших учебных заведений по специальности «Сестринское дело» [12].

В настоящее время на 43 факультетах образовательных учреждений высшего медицинского образования страны осуществляется подготовка менеджеров - руководителей сестринского персонала. Факультеты ВСО готовят высококвалифицированные сестринские кадры для клинической практики, педагогической деятельности и управления. В процессе обучения студенты факультета ВСО по ряду дисциплин пишут, а в последующем защищают курсовые работы. А на заключительном этапе обучения во время Государственной аттестации - дипломные работы. Дипломные работы, проводимые по наиболее актуальным направлениям деятельности сестринского персонала, представляют собой серьезные научные исследования выпускников, подтверждающие их зрелость, готовность анализировать ситуацию и принимать самостоятельные решения.

После окончания обучения на факультете лучшие из выпускников имеют возможность продолжить свое образование в клинической ординатуре или аспирантуре. Выпускниками многих факультетов ВСО [Московской медицинской академии им. М.И. Сеченова, Самарского государственного медицинского университета, Ивановской государственной медицинской академии, Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И. Мечникова, Воронежской медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, Казанского медицинского университета и др.], подготовлены и защищены кандидатские диссертации по самым актуальным проблемам деятельности сестринского персонала. Начиная с 1995 года, защищаются докторские диссертации по проблемам совершенствования сестринского образования, подготовке сестер - руководителей и т.д. [5].

Медицинские сёстры - менеджеры, получившие высшее образование, самостоятельно работают с информацией [учебной, справочной, нормативной, научной], проводят научно - практические исследования в области сестринского дела, преподают на кафедрах сестринского дела, где осуществляется подготовка и переподготовка среднего медицинского персонала.

**1.4 Факторы, влияющие на профессиональную успешность**

**медицинской сестры ВСО**

Из доклада доктора медицинских наук, профессора, главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью Минздравсоцразвития России С.И. Двойникова: «До недавнего времени ˂…˃ не давало возможности для карьеры, реализации творческого потенциала: те сестринские кадры, кто хотели получить высшее образование, уходили из профессии. Ситуация стала меняться с 1991 года, когда впервые в нашей стране были одновременно созданы факультеты высшего сестринского образования (ВСО). За 20 лет подготовлено более 10 000 выпускников, которые могут возглавить сестринский персонал и обеспечить развитие сестринского дела. Тем не менее, пока это лишь минимальное количество среднего медицинского персонала РФ, который, по данным Минздравсоцразвития России, насчитывает около 1 340 тыс. сотрудников. Если сравнить отряд средних медработников РФ с численностью Российской армии [1,13 млн. военнослужащих], то в армии офицерский состав в настоящее время составляет 32%, в то время как доля выпускников ВСО в российском сестринском деле составляет лишь 0,8 %» [5].

Обучение на факультете ВСО дает возможность практикующим медицинским сестрам сделать профессиональную карьеру, получив более высокое образование, что, несомненно, является одним из факторов улучшения работы ЛПУ в условиях реформы здравоохранения и повышения престижа профессии медсестры. Но также существует ряд факторов, влияющих на профессиональную успешность выпускников этого факультета, которые выделены как социальные, экологические, психологические и др. Рассмотрим некоторые из них.

**1.4.1 Социальные факторы**

Актуальность проблемы социальной защиты средних медицинских работников определяется низким уровнем оплаты труда среднего медицинского персонала, независимо от уровня образования; низким уровнем социальной защищенности; достаточно высоким уровнем заболеваемости медицинских работников и инвалидизации, низкой продолжительностью жизни отдельных категорий работников и др. [4,8].

• Низкий уровень оплаты труда среднего медицинского персонала не регулирующийся с учетом уровня образования, несоответствующий степени значимости и интенсивности труда медицинских работников.

Самым значимым показателем качества жизни является уровень жизни, который характеризует доступ к материальным ресурсам, необходимым для достойного существования, включая ведение здорового образа жизни; обеспечение социальной мобильности, участие в жизни общества. Этот показатель для сестринского персонала является самым неудовлетворительным из всех. Прежде всего, это связано с объективными причинами: низкая заработная плата средних медицинских работников, уравнительные подходы к оплате труда среднего медицинского персонала, так как система оплаты труда сестринского персонала не регулируется с учетом уровня образования, сложности, объемов и качества оказываемой помощи [8].

• Низкий уровень социальной защищенности среднего персонала.

Нередко категория сестринского персонала не имеет возможности участия в социальных программах, например как льготное кредитование жилья, предоставление ребенку места в ДДУ на льготных условиях, предоставление путевок в санатории, дома отдыха для оздоровления, приобретение полисов добровольного медицинского страхования и др.

• Достаточно высокий уровень заболеваемости медицинских работников и инвалидизации, низкая продолжительность жизни отдельных категорий работников, риск профессиональной вредности.

Вследствие низкой заработной платы многие специалисты сестринского дела вынуждены брать совместительства и замещения, которые требуют подчас больших физических сил и выносливости, что негативно сказывается на физическом здоровье, нехватке времени на полноценный отдых и занятия спортом.

**1.4.2 Психологические факторы**

• Высокая психологическая нагрузка, формирование синдромов хронической усталости и эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала.

Труд сестринского персонала принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, требует большого объема оперативной и долговременной памяти, имеет место перегруженность решением множества оперативных задач. Выраженность этих качеств, с одной стороны, является основной профессиональной эффективности труда, с другой стороны - сопряжена с высокой психологической нагрузкой. Как известно, это сопровождается переутомлением, снижением работоспособности, повышением конфликтности, ухудшением состояния здоровья. При длительно воздействующих профессиональных стрессах возможен риск развития соматических заболеваний[8].

сестринский образование профессиональный выпускник

**1.4.3 Экологические факторы**

**•** Неблагоприятные условия труда; риск профессиональной вредности [выраженность заражения вирусным гепатитом, туберкулезом, ВИЧ - инфицирование и др.].

Различные неблагоприятные факторы производственной среды и трудового процесса, такие как: вынужденная рабочая поза, дискомфортный микроклимат, низкий уровень освещенности рабочего места, наличие в воздухе рабочей зоны примесей химических веществ, электромагнитные и лазерные излучения, повышенный фон радиации и другие профессиональные вредности воздействуют на организм и могут вызвать профессиональные заболевания.

Часто денежные средства, поступающие в ЛПУ, в последнюю очередь направляются на изменение условий работы сестринского персонала, приобретение средств малой механизации, создание эргономичных и научно-обоснованных условий труда сестринского персонала, оснащение приспособлениями, облегчающими труд медицинских сестер и сокращающими нерациональные затраты рабочего времени, а также на профилактику профессиональных заболеваний специалистов сестринского дела.

• Немаловажным фактором, влияющим на качество труда медицинского персонала, являются удобно спланированные рабочие помещения с удобной мебелью, техническая оснащенность рабочего места всем необходимым для работы.

На практике мы часто встречаемся с неудобно спланированными рабочими кабинетами, с недостаточным обеспечением персональными компьютерами и необходимой оргтехникой, недостаточным развитием коммуникационных технологий, предназначенными для связи со всеми службами ЛПУ. Все это создает определенные сложности и является фактором, который предопределяет в современных условиях успех или неудачу в работе.

**1.4.4 Политические факторы**

• Отсутствие научно-обоснованной и общепринятой модели сестринской деятельности в системе здравоохранения Российской Федерации.

Эффективность оказания медицинской помощи зависит от применения модернизированной сестринской деятельности, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи, путем осуществления организационных сестринских технологий, техники ухода, профилактики, диагностики и лечения.

• Недостаточно разработанная нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность специалистов сестринского дела и специалистов ВСО.

Необходимо расширение перечня должностей для специалистов с повышенным уровнем образования и высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» для учреждений здравоохранения. В настоящее время недостаточно разработана нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность специалистов сестринского дела в лечебно-диагностическом процессе, в составе междисциплинарной команды по оказанию помощи пациенту, в профилактике. Несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего сестринского, среднего медицинского и фармацевтического образования современным потребностям здравоохранения, низкая информированность средних медицинских работников о современных средствах и методах ухода за больными, методах диагностики, профилактики и реабилитации, невысокий профессиональный уровень медицинских работников [14].

• Невысокий престиж профессии.

Учитывая большое значение сестринского дела в медицине и здравоохранении на современном этапе, и то, что реформирование сестринского дела подтвердило возможность автономии профессии медицинской сестры, возникает необходимость пересмотра, дополнений и уточнений юридического статуса медицинской сестры в РФ, законодательно закрепленного распределения полномочий между сестринским и врачебным персоналом [18].

**ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПЕРСПЕКТИВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА ВЫПУСКНИКОВ ФВСО**

**.1 Анализ ситуации на рынке образовательных услуг и практического здравоохранения**

Из пояснительной записки Программы развития сестринского дела в РФ на 2010 - 2020 годы: «˂…˃ Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования сестринского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения. В системе здравоохранения работает более 1 336,1 тыс. специалистов со средним медицинским образованием. Укомплектованность сестринским персоналом составляет 69,7%. Показатель обеспеченности средними медицинскими работниками на 10 000 населения составляет 94,9. Соотношение врач - средний медицинский персонал составляет 1: 2,2. Такое соотношение врачей и среднего медицинского персонала с учетом требований сегодняшнего дня является неудовлетворительным показателем, что вызывает дисбаланс в системе оказания лечебно - профилактической медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации. Данное соотношение в нашей стране значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира.

В Российской Федерации подготовка специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием ведется в 453 учреждениях среднего профессионального медицинского образования, реализующих основные образовательные программы по 9 основным специальностям. В них обучается более 250 000 студентов. Каждый год выпуск новых специалистов по стране составляет примерно 70 000 человек в год».

Среди наиболее важных проблем в области управления здравоохранением отмечена невозможность удовлетворения потребности практического здравоохранения в притоке специалистов сестринского дела. Отмечается ежегодное снижение показателя укомплектованности лечебно-профилактических учреждений специалистами сестринского дела, и обеспечить приток молодых специалистов в лечебные учреждения сегодня практически нереально.

В пояснительной записке к Программе обозначено, что, несмотря на ежегодную подготовку более 70 000 специалистов со средним профессиональным образованием в отрасли здравоохранения практически отсутствует рост численности сестринского персонала и существует ряд проблем:

. Укомплектованность ЛПУ специалистами сестринского дела ежегодно снижается, проблематичным становится укомплектование учреждений здравоохранения выпускниками.

. Дисбаланс между высокой потребностью в специалистах различного уровня образования и готовностью принять специалиста новой формации, так как существует отсутствие технологической готовности менять малоэффективный традиционный сестринский процесс, в котором уровень делегированных компетенций медицинскому персоналу не зависит от уровня полученного образования. Получается так, что затрачиваются образовательные ресурсы, а специалисты практическим здравоохранением не востребованы.

Реальная кадровая диспозиция «сестринский персонал - врачи» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями, когда во врачебном процессе значительная доля элементов, не требующих врачебной квалификации, выполняются врачами, а не хорошо подготовленным средним медицинским персоналом. Так же принижена роль и медицинской сестры, функции которой сводятся к выполнению часто технической работы, не требующей профессиональной подготовки, чему способствует исчезновение категории младших медицинских сестер, функции которых взял на себя средний персонал в ущерб своей профессиональной деятельности.

3. Отсутствие профессиональных стандартов, и государственных образовательных стандартов нового поколения, основанных на современных требованиях к компетенции молодых специалистов. Из этого следует не достаточно высокое качество подготовки специалистов сестринского дела [29].

В докладе главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью Минздравсоцразвития РФ С.И. Двойникова о перспективах развития сестринского дела в России [2009] в кадровой характеристике отмечена низкая укомплектованность средним медицинским персоналом [69,7%], что свидетельствует о достаточно высоком риске возникновения ошибок при существующей высокой нагрузке на персонал. Проблема обостряется старением медицинского персонала. Почти 40% работающих старше 50 лет, а лица молодого возраста составляют всего 7,4% [рисунок 5].

Рисунок 5. Возрастной состав работающего среднего медицинского персонала РФ по данным Минздравсоцразвития.

Анализируя доклад С. И. Двойникова, можно сделать вывод что, несмотря на решенную проблему подготовки руководящих кадров сестринской службы, в ЛПУ работают только 0,8 % человек с высшим сестринским образованием и 7,3 % с углубленной подготовкой по сестринскому делу. Реализуют себя по профилю и уровню полученного образования лишь 15,5 % специалистов с высшим образованием и 36,4 % специалистов с повышенным уровнем образования. При появлении специалистов с ВСО, имеющих новый уровень подготовки, потребовались изменения структуры сестринской службы, к чему практическое здравоохранение не полностью готово в настоящее время. Не все учреждения ЛПУ готовы принять специалиста сестринского дела новой формации.

Следовательно, можно сделать вывод, что реформы в практическом здравоохранении отстают от реформ, которые произошли в сестринском образовании на настоящий момент.

**2.2 Медико-социальные характеристики студентов и выпускников ФВСО**

С целью исследования медико - социальных характеристик выпускников ФВСО было проведено анкетирование данных респондентов. Образец разработанной анкеты приведен в приложении 1.

В анкетировании участвовало 70 респондентов из них 39 [56 %] студентов и 31 [44 %] выпускник факультетов ВСО. В ходе анкетирования было установлено, что основная часть [97,3 %] респондентов составляют женщины. Этот факт подтверждает традиционное мнение о профессии “медицинская сестра” как преимущественно женской.

На момент исследования отмечается широкий возрастной диапазон респондентов [от 27 до 55 лет], объясняется это особенностью ВСО, поскольку прием на данный факультет проводят из числа лиц, получивших среднее профессиональное медицинское образование. Возраст опрошенных респондентов условно был распределен на несколько групп [рисунок 6]. Наиболее многочисленными были группы от 31 до 37 лет - 22 человека [32%] и от 37 до 43лет - 19 человек [28 %]. Далее распределение по возрастному составу разделилось следующим образом: респонденты в возрасте от 27 до 31 года составили 16 человек [22 %], группа респондентов возраста от 43 до 50 лет составила - 8 человек [11 %] и респонденты возраста от 50 до 55 лет составили 5 человек [7 %] [см. приложение 2].

Рисунок 6. Возрастной состав респондентов.

Анализ семейного положения респондентов показал, что большинство опрошенных - 43 человека состоят в браке [62 % лиц]. Незамужние лица составили 9 человек [13 %], разведены или овдовели 18 человек [26 %]. Одного ребенка имеют 42 % респондентов, двух детей - 58 %, респондентов, имеющих трех и более детей, не было [рисунок 7].

Рисунок 7. Характеристика семейного состояния респондентов.

Важным социальным показателем является материальный доход респондентов. Из анкет и опроса респондентов выяснилось, что свое материальное положение 13 человек [19 %] оценили как «хорошее». Как «удовлетворительное» - 53 человека анкетируемых [в 76 % случаев] и «неудовлетворительное» отметили 4 человека [5 %]. Многие респонденты считают, что размер заработной платы у них значительно ниже затрачиваемого труда [рисунок 8].

Рисунок 8. Распределение респондентов по материальному положению.

Изучение жилищно - бытовых условий показало, что 39 человек [56 %] оценили свои жилищно-бытовые условия «удовлетворительными» и 22 респондента [31 %] - как «хорошие». Как «неудовлетворительные» обозначили 9 человек [13 %], отметив, что проживают в коммунальных квартирах или арендуют жилье [рисунок 9].

Рисунок 9. Оценка респондентами жилищно - бытовых условий.

В структуре хронических заболеваний среди опрошенных лиц, основные места занимают болезни органов пищеварения [58 %]; болезни системы кровообращения [36 %]; болезни, костно - мышечной системы [33%]; болезни органов дыхания [23 %] и прочие [14 %] [рисунок 10].

Рисунок 10. Структура хронических заболеваний среди респондентов.

Изучение медицинской активности опрошенных показало, что большая часть респондентов - 38 человек [54 %] при заболеваниях, не всегда обращается за медицинской помощью и редко использует лист временной нетрудоспособности на период болезни, в основном, когда возникает необходимость стационарного лечения. Низкая медицинская активность респондентов, возможно, объясняется профессиональной подготовкой и широко практикуемым методом самолечения, также респонденты нежелание использовать лист временной нетрудоспособности мотивируют занятостью на работе.

Анализ результатов медико - социального исследования респондентов, выявил, следующие их особенности: преобладание лиц в возрасте 31 - 43 лет [59 %], женского пола [97 %], большинство оценивших «удовлетворительно» свое материальное положение [76 %], и жилищно - бытовые условия [56 %]. Основная часть респондентов состоит в браке [62 % лиц] и имеет одного или двух детей. Изучение медицинской активности опрошенных показало, что большая часть респондентов [54 %] занимается самолечением и редко использует лист временной нетрудоспособности на время заболевания. Анализ заболеваемости, установил, что степень хронических заболеваний у респондентов достаточно высокая. Связывают это респонденты с достаточно высокой физической и психической нагрузкой на рабочем месте, низким уровнем материального обеспечения, которое не всегда позволяет вовремя получить соответствующее медицинское и санаторно - курортное лечение.

**2.2. Результаты перспектив профессионального роста выпускников ФВСО**

ФВСО - единственный факультет, сочетающий медицину, педагогику, психологию общения и управления, экономику, маркетинг и менеджмент, позволяющий появиться новому специалисту, который может быть востребован в современных условиях высокой конкуренции, медицинского страхования и перехода на самоокупаемость и самофинансирование [34].

Приказом Минздравсоцразвития РФ № 415н от 7 июля 2009 г. «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим медицинским и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» определены должности, которые могут занимать специалисты с ВСО [см. приложение 3] [33].

Выпускники после окончания факультета ВСО могут продолжить свое обучение в клинической интернатуре по специальности «Управление сестринской деятельностью», что в дальнейшем хотели бы сделать 28 человек [40%] из опрошенных респондентов.

На вопрос «Что послужило мотивацией к поступлению на ФВСО?» были предложены следующие варианты ответов:

- не знаю;

за компанию с подружкой;

по направлению;

если учреждение платит, почему бы и не поучиться;

доказать себе, что я могу;

возможность получить высшее образование;

интересно было, что из этого получится;

профессиональный рост;

карьерный рост (получение должности);

самореализация;

свой вариант ответа.

Распределение ответов респондентов получилось следующее: основная часть анкетируемых респондентов [54 человека - 77 %] отметила возможность получения высшего образования, самореализации, профессионального роста, 4 человека [6 %] опрашиваемых ответили, что они поступали по направлению, 12 [16 %] респондентов захотели доказать себе, что смогут поступить и учиться на данном факультете. В своем варианте ответов было обозначено желание защиты кандидатской диссертации и получения ученой степени у 1 % анкетируемого [рисунок 11].

Рисунок 11. Распределение мотивации респондентов к поступлению на ФВСО.

Все опрошенные респонденты до поступления на ФВСО имели среднее профессиональное медицинское образование и различный стаж работы в представленных должностях - от 8 до 35 лет. При этом до поступления на ФВСО должность главной медицинской сестры занимали 8 человек [12 %], старшей медицинской сестры - 12 человек [18 %], преподавателя сестринского дела в медицинском колледже - 1 человек [1 %], оставшиеся 49 респондентов [69 %] занимали должности рядового среднего медицинского персонала [постовые, операционные, процедурные, перевязочные медсестры, медсестры ДОУ] [рисунок 12].

Рисунок 12. Распределение респондентов по занимаемым должностям до поступления на ФВСО.

При проведении анализа трудоустройства специалистов после окончания обучения на ФВСО выявлено, что из 31 анкетируемого выпускника основная часть [94%] осталась работать в системе здравоохранения. Перешли работать в другие структуры после окончания обучения 2 человека [6%]. Проведенный анализ профессионального роста выпускников ВСО после обучения на данном факультете позволил установить, что значительная часть респондентов ответила, что они продолжают работать, как и прежде рядовыми медицинскими сестрами, но многие также отметили, что не теряют надежды на карьерный рост.

Сравнительный анализ профессионального роста респондентов показал, что в общем количестве профессиональный рост получили 12 человек [17 %] из числа анкетируемых респондентов.

Из 12 человек [17 %] заняли должности, соответствующие полученному образованию:

преподавательская деятельность - 1 человек [1,4 %];

заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом - 1 человек [1,4 %];

главная медицинская сестра - 2 человека [2,8%];

старшая медицинская сестра (менеджер отделения) - 4 человека [5,7 %];

заведующий отделом медицинской статистики, кабинетом медицинской профилактики, оргметодкабинета - 4 человека [5,7 %];

В настоящее время 1 человек из анкетируемых специалистов является кандидатом психологических наук и занимается преподавательской деятельностью в ВУЗе.

В то же время 33 человека [48 %] из числа всех опрашиваемых респондентов (студентов и выпускников) работают в должностях, соответствующих образованию. Преподавательской деятельностью занимается 2 человека [2 %]. Из них 1 человек получил предложение и занимается преподавательской деятельностью в ВУЗе, 1 человек продолжает работать в медицинском колледже. Заместителем главного врача по работе со средним медицинским персоналом перешел работать 1 человек [1 %,] 10 респондентов [15 %] занимают должности главной медсестры, 16 человек [24%] - старшей медицинской сестры (менеджера отделения), 4 человека [6%] работают на должности заведующих оргметодкабинетом, кабинетом медицинской профилактики, отдела медицинской статистики [рисунок 13].

Рисунок 13. Сравнительный анализ профессионального роста выпускников.

На вопрос «Оправдались ли Ваши надежды после окончания обучения на ФВСО?» 42 человека [60 %] опрашиваемых ответили, что надежды оправдались частично, у 16 человек [23 %] надежды после окончания обучения не оправдались или они еще пока не решили, 12 [17 %] респондентов считают, что они вполне успешно реализовали себя после обучения [рисунок 14].

Рисунок 14. Мнение респондентов о возможности самореализации после окончания ФВСО.

Также респондентам было предложено оценить возможность профессионального роста с возможными вариантами ответов. По итогам голосования были получены следующие результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Предложенный вариант ответа в анкете | Результат голосования в % |
| нет никакой возможности | 13 |
| кем работала, тем и осталась | 17,5 |
| нет желания что-либо менять, так как меня все устраивает | 4,3 |
| страшно что-то изменить, вдруг у меня не получится | 4,3 |
| есть возможность профессионального роста, но знаний и практики не хватает | 13 |
| менеджер отделения | 8,8 |
| главный специалист по работе с медсестринским персоналом | 13 |
| заместитель главного врача по работе со средним медицинским персоналом | 4,3 |
| директор дома сестринского ухода | 0 |
| заведующий отделом медицинской статистики, оргметодкабинетом | 8,8 |
| свой вариант ответа | 13 |
| итого | 100 |

Мнение респондентов от ожидания учебы на ФВСО выразилось в желании развиваться в своей профессии, получении новых и дополнительных знаний во время учебы, о чем высказалась основная часть [96%] анкетируемых респондентов. Лишь минимальное количество - 3 человека [4%] испытывают сожаление от того, что прошли обучение на ФВСО и считают, что потратили время впустую [рисунок 15].

Рисунок 15. Мнение респондентов от ожидания учебы на ФВСО.

Таким образом, проведенный анализ перспектив профессионального роста выпускников показал, что востребованность специалистов ВСО в практическом здравоохранении остается низкой. Так большая часть респондентов [52 %] продолжает работать рядовыми сестрами, менее половины из числа респондентов [48 %], занимают должности, соответствующие полученному образованию. Основная структура занимаемых должностей состоит из главных и старших медицинских сестер. Далее по количеству, занимаемых должностей следуют должности заведующих кабинетов профилактики, статистики, оргметода и совсем небольшой процент составляют занимаемые должности преподавателей сестринского дела и заместители главных врачей по сестринскому делу. Проанализировав мотивацию у респондентов к поступлению на ФВСО, выяснено, что основной процент [78 %] составила группа респондентов, желающих получить высшее образование, самореализоваться и развиваться в своей профессии. Также основная часть [96 %] респонденты отметили, что за время своей учебы они получили новые и дополнительные знания и не испытывают сожаления от обучения на ФВСО.

**2.3 Анализ факторов, влияющих на профессиональную успешность выпускников ФВСО**

Анализируя статьи, различных авторов, освещающих проблему возможного трудоустройства выпускников ФВСО и мнения самих выпускников, можно отметить, что реформы в здравоохранении происходят, не так быстро, как хотелось бы. Образование, которое получают специалисты в данный момент времени и узкая номенклатура занимаемых должностей, обозначенная нормативным актом, имеют ограниченные возможности, что подтвердила значительная часть респондентов - 64 человека [91 %]. По мнению 32 респондентов [46 %], востребованность специалистов с ВСО в практическом здравоохранении низкая, в связи с низкой заинтересованность руководителей ЛПУ в организаторах сестринского дела, 24 респондента [34%] отметили низкую информированность о специалистах - менеджерах сестринского дела [рисунок 16].

Рисунок 16. Факторы, влияющие на профессиональную успешность выпускников.

Проведенное исследование возможных перспектив профессионального роста показало, что большая часть - 37 человек [52 %] анкетируемых респондентов работают рядовыми медицинскими сестрами, только 33 человека [48 %] занимают должности, согласно полученному образованию на настоящее время. Выяснено, что из 48 % работающих, согласно полученному образованию - основная часть 26 человек [37 %] работает в должности главных и старших медицинских сестер. Из чего можно сделать вывод, что многими руководителями ЛПУ ФВСО трактуется, как факультет подготовки главных и старших медицинских сестер, поэтому прогрессивно настроенные руководители ЛПУ, чаще предпочитают назначать на должности руководителями сестринского дела специалистов, имеющих высшее сестринское образование. Другая часть выпускников имели целевые направления и уже работали старшими и главными медицинскими сестрами или же являлись резервом для назначения на должность [рисунок 17].

Рисунок 17. Соотношение должностей главных и старших медсестер к общим должностям, согласно полученному образованию.

Тем не менее, есть и такое, что некоторые главные врачи при выборе кандидатуры главной или старшей медсестры перед специалистом с высшим образованием отдают предпочтение работнику, не имеющему высшего образования, но имеющему большой стаж, практический опыт работы и организаторские способности. В связи с вышесказанным, часть медицинских сестер, получивших высшее образование, или остаются работать на своих прежних местах, разочаровавшись в полученном образовании, или уходят из государственной практической медицины, переходя в коммерческие структуры или другие отрасли.

Порой выпускники факультетов ВСО по уровню управленческой подготовки превосходят своих непосредственных руководителей. Это обстоятельство наряду с отсутствием юридических регламентаций является также одной из причин, по которым главные врачи не спешат делегировать часть своих управленческих полномочий менеджерам сестринского дела, и они часто остаются невостребованными практическим здравоохранением. Можно также отметить недостаточную информированность главных врачей и другого медицинского персонала, о специалистах - менеджерах, которые владеют современными способами маркетинговых исследований, умеют рассчитать и доказать рентабельность услуги, провести анализ работы персонала и показать пути оптимизации ее.

Противоречия специалистов с ВСО и давно практикующих медицинских сестер возникают уже на начальном этапе работы. По современным представлениям, функциями медицинской сестры, помимо ухода за больными, являются психологическая поддержка пациента, оказание помощи в решении его социальных проблем, обучение пациента и его родственников, но, к сожалению, в немногих ЛПУ сестринский процесс соответствует новой концепции. Выпускники, разочаровавшись, либо перестраивают свою философию сестринского дела, либо уходят в другие отрасли, так и не реализовав себя как специалисты [37].

Анализируя факторы, влияющие на профессиональную успешность выпускников ФВСО можно отметить низкую заинтересованность руководителей ЛПУ в организаторах сестринского дела, узкую номенклатуру сестринских должностей с высшим образованием и отсутствие юридических регламентаций, недостаточную информированность о специалистах - менеджерах, владеющих специальными дополнительными знаниями.

**2.3.1 Индивидуально - психологические факторы**

Анализируя факторы, влияющие на профессиональную успешность выпускников ФВСО индивидуально - психологические факторы можно отнести как одни из основных факторов. Наличие у выпускника соответствующих личностных качеств, высокого интеллектуального потенциала и мотивации к карьерному росту способствует самореализации в профессиональной деятельности и наоборот, одним из основных препятствий успешного профессионального роста является заниженная самооценка и связанная с ней застенчивость и нерешительность, что подтверждается во время опроса многими респондентами.

Согласно результатам опроса респондентов в On-Lain режиме «Какими качествами должен обладать руководитель сестринской службы?», были указаны следующие качества: высокий профессионализм, ответственность, инициативность, эмоциональное равновесие, стрессоустойчивость, терпение, сдержанность, добросовестность, честность, справедливость, внимательность и сострадание другим. На наличие высокого профессионализма, которым должен обладать менеджер указали 66 респондентов [94 %], обязательно быть ответственным и инициативным - 65 человек [93 %]. 60 человек [86 %] лиц отметили, что руководитель должен обладать эмоциональным равновесием, стрессоустойчивостью, сдержанностью и терпением. На такие качества как честность и справедливость указали 56 опрошенных респондентов [77 %]. За умение общаться, устанавливать контакт с окружающими (как с коллегами, так и с пациентом) высказались 50 человек [71 %], быть внимательным к другим - 42 респондента [60%] [рисунок 18].

Рисунок 18. Результаты опроса респондентов о наличии основных личностных качеств руководителя сестринской службы.

На вопрос «Считаете ли Вы, что обучение на факультете способствует карьерному росту выпускников?» мнения разделились следующим образом:

большая часть анкетируемых респондентов [55 человек] ответила положительно, что составляет 78 %, соответственно 22 % [15 человек] дали отрицательный ответ [рисунок 19]. Также многие выпускники отметили, что большую роль здесь играет желание самого выпускника, а при наличии желания возможен профессиональный рост и трудоустройство. «Возможность трудоустройства это дело самого специалиста», «вести работу по карьерному продвижению нелегко, но возможно» так отметила основная часть респондентов.

Рисунок 19. Мнение выпускников о возможности карьерного роста после окончания ФВСО.

Если абитуриент, поступающий на ФВСО, предполагает, что сам факт окончания данного факультета дает какие - то особые права и привилегии, а на выходе его будут ждать работодатели с предложениями, то он ошибается. Высшее образование дает не более чем дополнительный объем знаний и возможностей, а как реализовать этот набор, во многом зависит от самого выпускника.

Таким образом, ведущими индивидуально - психологическими факторами, влияющими на профессиональную успешность, согласно результатов опроса респондентов, являются высокий профессионализм, ответственность, инициативность, эмоциональное равновесие и стрессоустойчивость, справедливость, умение установить контакт и быть внимательным к другим. И наоборот, одними из основных препятствий успешного профессионального роста являются такие личностные качества как заниженная самооценка, застенчивость и нерешительность. Также большую роль в профессиональном росте играет наличие желания у самого выпускника в самореализации.

 **2.4.2 Социальные факторы**

С целью изучения социальных факторов, влияющих на качество сестринской помощи и профессиональный рост был также проведен опрос студентов и выпускников ФВСО в режиме Оn - Lain.

На вопрос: «Какие социальные факторы влияют на профессиональную успешность?» подавляющее большинство респондентов 66 человек [94 %] ответили, что считают оплату своего труда низкой, не регулирующейся с учетом уровня образования, отсутствие системы стимулирования по конечным результатам деятельности, а также и низкую социальную защищенность. Немаловажным фактором респондентами отмечены условия труда, которые оказывают существенное влияние на организм человека, физиологическое и психологическое функционирование во время трудовой деятельности. В более половины случаев [39 человек - 56 %] были отнесены напряженный график работы, большие нагрузки, что приводит к переутомлению и накоплению усталости. Низкий уровень социальной защищенности отметили 45 респондентов [64 %] [рисунок 20].

Рисунок 20. Мнение респондентов о социальных факторах, влияющих на профессиональный рост.

По результатам проведенного опроса также выяснилось, что семья имеет большую значимость, чем работа для многих респондентов и является основным внутренним барьером для карьерного роста. Так опрошенные специалисты имеют собственное понимание жизненного успеха. Большинство респондентов - 67 человек [96 %] отметили понимание жизненного успеха в виде хорошей крепкой семьи и наличия детей, 60 человек [86 %] видят свой жизненный успех в уважении и признании другими людьми и 42 человека [63 %] - в самореализации [рисунок 21].

Рисунок 21. Понимание жизненного успеха респондентами.

Таким образом, проанализировав основные социальные факторы, влияющие на профессиональный рост выпускников ФВСО, можно выделить низкую оплату труда, не регулирующуюся с учетом уровня образования, низкую социальную защищенность, неблагоприятные условия труда с высокими нагрузками и первичную значимость семьи для многих респондентов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В данной дипломной работе рассмотрены основные аспекты современного состояния сестринского дела в РФ, структуры здравоохранения и образования в РФ, а также изучена и проанализирована ситуация на рынке образовательных услуг и практического здравоохранения РФ, описаны медико-социальные характеристики выпускников, проведено исследование по возможным перспективам профессионального роста и факторам, влияющим на них.

Проведенный анализ перспектив профессионального роста выпускников показал, что востребованность специалистов в практическом здравоохранении остается низкой. Так большая часть респондентов 37 человек [52 %] продолжает работать рядовыми сестрами, менее половины из числа респондентов 33 человека [48 %], занимают должности, соответствующие полученному образованию. Все же основная часть респондентов считает, что обучение на факультете дает получение новых и дополнительных знаний и не сожалеет о том, что обучалась на данном факультете. Также большая часть респондентов отметила, что полученные знания и сам факт обучения на ФВСО способствует возможности профессионального роста выпускников [78 %] и отметила, что большую роль в профессиональном росте играет наличие желания самого выпускника.

Проанализировав данные к предпочитаемым видам мотивации у респондентов к поступлению на ФВСО, выяснено, что основной процент составила группа респондентов, желающих получить высшее образование, самореализоваться и развиваться в своей профессии.

При проведении медико - социального исследования респондентов, были выявлены следующие особенности: преобладание лиц в возрасте 31 - 43 лет [59 %], большинство опрошенных состоят в браке [62 % лиц] и имеют одного или двух детей, у большинства лиц [76 %] материальное положение находится на достаточно низком уровне. При анализе заболеваемости, было установлено, что степень хронических заболеваний достаточно высокая.

Анализируя факторы, влияющие на профессиональную успешность выпускников ФВСО можно отметить, что реформы в здравоохранении в отрасли сестринского дела происходят, не так быстро, как хотелось бы. Низкая заинтересованность руководителей ЛПУ в организаторах сестринского дела, узкая номенклатура сестринских должностей с высшим образованием и отсутствие юридических регламентаций, недостаточная информированность о специалистах - менеджерах, владеющих знаниями в области психологии, экономики, маркетинга и менеджмента, а также ряд других факторов, которые негативно отражаются на перспективах профессионального роста студентов и выпускников ФВСО.

Основными социальными факторами, влияющими на профессиональный рост выпускников ФВСО, респондентами отмечены низкая оплата труда, не регулирующаяся с учетом уровня образования, низкая социальная защищенность, неблагоприятные условия труда с высокими нагрузками. Ведущими индивидуально - психологическими факторами, влияющими на профессиональную успешность, выделено наличие таких личностных качеств у выпускника как: высокий профессионализм, ответственность, инициативность, эмоциональное равновесие и стрессоустойчивость, справедливость, умение установить контакт и др. Также многие респонденты обозначили такой немаловажный фактор, как наличие желания самого выпускника в профессиональном росте.

**ВЫВОДЫ**

Анализируя проведенное исследование и существующую на данный момент нормативную базу в области сестринской деятельности можно сделать ряд следующих выводов:

. Система здравоохранения в настоящее время не готова в полном объеме принять специалиста новой формации, не все руководители учреждений здравоохранения готовы менять малоэффективный традиционный сестринский процесс. Получается, что образование специалистов в области сестринского дела, находится на более высоком уровне, чем востребованность специалиста сестринского дела практическим здравоохранением из чего следует, что в настоящее время реформа сестринского образования обогнала реформу здравоохранения.

. Результаты медико - социального исследования респондентов, выявили следующие их особенности: преобладание лиц в возрасте 31 - 43 лет [59 %], женского пола [98 %], большинство оценивших на «удовлетворительно» свое материальное положение [76 %], и жилищно - бытовые условия [56 %]. Основная часть респондентов состоит в браке [62 % лиц] и имеет детей. Изучение медицинской активности опрошенных показало, что основная часть респондентов [54 %] занимается самолечением и редко использует лист временной нетрудоспособности на период болезни. Анализ заболеваемости установил достаточно высокую степень хронических заболеваний анкетируемых.

. Проведенный анализ перспектив профессионального роста выпускников показал низкую востребованность специалистов в практическом здравоохранении. Так большая часть респондентов 37 человек [52 %] продолжает работать рядовыми сестрами, менее половины из числа респондентов 33 человека [48 %], занимают должности, соответствующие полученному образованию. Проанализировав мотивацию у респондентов к поступлению на ФВСО, выяснено, что основной процент составила группа респондентов, желающих получить высшее образование, самореализоваться и развиваться в своей профессии.

. Анализируя факторы, влияющие на профессиональную успешность выпускников ФВСО, выявлена низкая заинтересованность руководителей ЛПУ в организаторах сестринского дела, узкая номенклатура сестринских должностей с высшим образованием и отсутствие юридических регламентаций, недостаточная информированность о специалистах - менеджерах, владеющих специальными дополнительными знаниями. Среди основных социальных факторов, влияющих на профессиональный рост выпускников ФВСО, можно выделить низкую оплату труда, не регулирующуюся с учетом уровня образования, низкую социальную защищенность выпускников, неблагоприятные условия труда с высокими нагрузками. Ведущими индивидуально - психологическими характеристиками респондентов, влияющими на профессиональную успешность, согласно результатов опроса, являются высокий профессионализм, ответственность, инициативность, эмоциональное равновесие и стрессоустойчивость, справедливость, умение установить контакт и быть внимательным к другим. Немаловажны фактором является наличие желания самого выпускника в профессиональном росте и самореализации.

В целом среди респондентов наблюдается достаточно высокий уровень удовлетворенности полученными образовательными услугами на ФВСО. В тоже время часть анкетируемых в предложениях отметила недостаток знаний по специальным дисциплинам (менеджмент, маркетинг, медицинское право, экономика, общественное здравоохранение), которых не хватает для возможности профессионального роста.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

С каждым годом специалистов сестринского дела с высшим образованием становится все больше. В Минздравсоцразвитии РФ и в органах управления здравоохранения введены должности главных специалистов по сестринскому делу, таким образом, имеется реальная возможность влиять на формирование и развитие интересов сестринского персонала. Анализируя нормативно-правовые акты, предложения и пожелания анкетируемых выпускников ФВСО можно рекомендовать следующее:

1. Совершенствование системы оплаты труда специалистов сестринского дела, с учетом уровня образования и расширение номенклатуры должностей для выпускников факультета ВСО, закрепленных правовыми актами.

. Расширение направлений послевузовского профессионального образования для выпускников ФВСО, что благоприятно сказалось бы в дальнейшем трудоустройстве выпускников ФВСО.

3. Создание системы двусторонней связи ВУЗов готовящих специалистов ВСО с органами здравоохранения, развитие договорных отношений между руководителем ЛПУ и выпускниками высших образовательных учреждений, формирование банка рабочих мест для выпускников ФВСО для возможного трудоустройства.

. Более углубленное изучение блока специальных дисциплин [менеджмент, маркетинг, экономика, психология, медицинское право, общественное здравоохранение и др.], начиная с II-III курса обучения на ФВСО.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: Учебное пособие. - М.: ЛПА «Кафедра-М». 1998. - 272 с.

. Володин Н.Н. Пути совершенствования сестринского образования//Ж. Медицинская помощь. - 1996. - №9. - с. 4-5.

. Гончарова Г.Н., Горбачев Н.А., Упатов В.В. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения //Здравоохранение Российской Федерации-2002.-№6

. Гусейнов Р.А., Литвинова А.М. Влияние социально-психологических факторов на качество работы сестринского персонала// Ж. Сестринское дело 2006, № 7- с. 37-40

. Двойников С.И. Значение проведения научных исследований в сестринском деле для развития здравоохранения, //Ж. Главная медицинская сестра 2009, № 4 - с.84-86

. Дорошенко Г.В. и др. Учебное пособие Менеджмент в здравоохранении, 2-ое исправ. изд., Москва Форум, 2006г. - 154с.

. Евланова В. Тревожная неопределенность// Медицинская газета- 2009г., № 38

. Загороднова Г.А., Павлов Ю.И. Характеристика удовлетворенности трудом и производственная мотивация медицинских сестер//Ж. Главная медицинская сестра №3-2008

. Ибрагимов И.М., Асхабова Л.М. Опыт подготовки выпускников факультета высшего сестринского образования в годичной интернатуре по специальности “Управление сестринской деятельностью”//Ж. Главная медицинская сестра №5-2008, с. 37-40

10. Краснов А.Ф. Сестринское дело. Том 1 (гуманитарный, психолого-педагогический, административно-управленческий блоки)/С.: ГП «Перспектива», 1998г.- 368с.

. Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики, М., 1994.

. Лапик С.В. Проблемы и перспективы высшего медицинского образования по специальности 060109 - Сестринское дело//Ж. Медицинская сестра 2008г., № 7 - с.40-42

. Левина И.А. Медицина и здоровье//Ж. - 2006, №8- с.32-33

14. Рябчикова Т.В. Состояние высшего образования специалистов сестринского дела и перспективы его развития на современном этапе//Ж. Управление сестринской деятельностью № 5 - с. 46-49

. Котельников Г.П. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие /2-ое изд., Ростов н/Дону Феникс, 2006г. - 666с.

. Кучеренко В.З. Управление здравоохранением :Учебное пособие/СПб, 2005г. - 457с.

.Лапотников В.А. Будущее медсестринского образования в интеграции средней и высшей медицинской школ//Ж. Главная медицинская сестра, 2003.-№1.-С.11-15.

. Матвейчик Т.В., Волченок В.Ф. Формирование программы повышения творческого потенциала (школа творческого роста) Учебно-практическое пособие, изд. БелМАПО-2001.-45с.

. Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием, сборник докладов//Высшее сестринское образование в системе российского здравоохранения, 2007.

20. Модестов А.А. и др. Учебное пособие Маркетинг в сестринском деле Ростов н/Дону Феникс, 2006г. - 336с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела/Учебное пособие в 2 частях. Ч. II. - М.: Родник, 1998, - 208 с.

. Обуховец Т.П. и др. Учебное пособие Основы сестринского дела изд.11-е, доп. и перераб. - Ростов н/Дону Феникс, 2008г. - 509с.

. Отраслевая программа развития сестринского дела в РФ. Приложение №1 к приказу МЗ РФ № 01-01 12 от 09. 01. 01.

. Островская И.В. Сестринское дело: эволюция статуса//Ж. Медицинская сестра 2000 №4

. Павленко Т.Н., Володин А.В., Анализ карьерного роста выпускников высшего сестринского образования// Сборник докладов, 2008.

26. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз): Авторефдисс. Д-ра мед. наук. - М., 1995. - 46 с.

. Перфильева Г.М. Международная классификация сестринской практики.//Ж. Медицинская сестра. - 1999. №6 - С. 35

. Перфильева Г.М. Сестринский процесс. //Ж. Медицинская сестра. - 1999. №3 - С. 33

29. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 гг. Екатеринбург, 2009 г.

. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 390 от 31.12.1997 «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации».

31. Приказы Минздрава РФ №4 09.01. 2001 «Об отрас­левой Программе развития сестринского дела в Российской Феде­рации».

. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.09.2002 № 288 «О специалисте по управлению сестринской деятельностью».

. Приказ Минздравсоцразвития России № 415н 07. 07. 2009 «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам c высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

34. Рябчикова Т.В. Состояние высшего образования специалистов сестринского дела и перспективы его развития на современном этапе//Сборник докладов - 2007.

. Саркисова В. И. Числом и умением // Медицинская газета.-2006, №33.

. Саркисова В. А. Управление качеством сестринской деятельности, состояние проблемы, пути решения. Сборник докладов //Под редакцией академика РАМН, д.м.н., профессора Ю.Л. Шевченко-2002,

. Семина Т.В., Бурцева Е.М. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование //Ж. Главная медицинская сестра, 2003.-№4.-С.59-61.

. Хеннеси Д, Хикс С. Идеальные качества главных медицинских сестер в Европе// Ж. Медицинские знания.-2003.-№2.-С. 31-32.

. Юденков В. Сестринское дело в России//Ж. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 2008г. -№2-С.43-45.

. Юрьев В.К., Куценко Г.И. «Общественное здоровье и здравоохранение». Учебник для студентов. - СПб.: ООО Петрополис СС. 114-119

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение** 1

**Анкета**

Уважаемые респонденты!

Вам предлагается ответить на ряд предложенных вопросов для проведения исследования, целью которого является изучение перспективы профессионального роста выпускников факультета высшего сестринского образования.

**Укажите Ваш:**

- возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

общий стаж работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

семейное положение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наличие детей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

материальное положение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

жилищно-бытовые условия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

состояние здоровья (хронические заболевания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-** обращаемость за медицинской помощью в ЛПУ при заболевании \_\_\_\_\_\_

**1.Какое учебное заведение Вы окончили, в каком году это произошло?**

**2. Где и в качестве кого Вы работали до поступления на ФВСО?**

**3. Поменяли ли Вы место работы после окончания обучения на ФВСО?**

**. Где и в качестве кого Вы работаете после окончания ФВСО?**

**.Если Вы меняли место работы по окончании обучения на ФВСО, укажите стаж работы на новом месте/ в новой должности**

 **(нужное подчеркнуть)**

**6. Ваши ожидания от учебы на ФВСО?**

**. Что послужило мотивацией к поступлению на ФВСО?**

А) не знаю;

б) за компанию с подружкой;

в) по направлению;

г) если учреждение платит, почему бы и не поучиться;

д) доказать себе, что я могу;

е) возможность получить высшее образование;

ж) интересно было, что из этого получится;

и) профессиональный рост;

к) карьерный рост (получение должности);

л) самореализация;

м) свой вариант ответа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Оправдались ли Ваши ожидания после окончания обучения на ФВСО?**

**. Оцените, пожалуйста, возможность профессионального роста после окончания ФВСО**

а) нет никакой возможности;

б) кем работала, тем и осталась;

в) нет желания что-либо менять, так как меня все устраивает;

г) страшно что-то изменить, вдруг у меня не получится;

д) есть возможность профессионального роста, но знаний и практики не хватает;

е) менеджер отделения;

ж) главный специалист по работе с медсестринским персоналом;

з) заместитель главного врача по работе со средним медицинским персоналом;

и) директор дома сестринского ухода;

к) заведующий отделом медицинской статистики;

л) свой вариант ответа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Как Вы реализуете полученные профессиональные навыки после окончания ФВСО?**

**11. Считаете ли Вы, что обучение на факультете способствует карьерному росту выпускников?**

**12. Испытываете ли Вы сожаление от того, что прошли обучение на ФВСО?**

**13. Хотели бы Вы продолжить обучение в интернатуре?**

**14. Какими личностными качествами должен обладать менеджер сестринского дела?**

**15. Ваши предложения и пожелания**

**Спасибо за искренние и полные ответы!**

**Приложение** 2

**Возрастная характеристика групп респондентов**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **от 31 до 37 лет** | **от 37 до 43 лет** | **от 27до 31 года** | **от 43 до 50 лет** |  **от 50 до 55 лет**  |
| **I группа** | 22 чел. (31,6%) | - | - | - | - |
| **II группа** | - | 19 чел. (27,9%) | - | - | - |
| **III группа** | - | - | 16 чел. (22,2%) | - | - |
| **IV группа** | - | - | - | 8 чел. (11,2%) | - |
| **V группа** | - | - | - | - | 5 чел. (7,1%) |

**Приложение** 4

**Сравнительный анализ профессионального роста выпускников ФВСО**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Занимаемые должности респондентов** | **Кол. - во человек до учебы**  | **%** | **Кол. - во человек после учебы** | **%** | **Прирост в абсол. числах** | **Прирост в %** |
| Зам главного врача по работе с сестринским персоналом |  - |  - |  1 |  1,5 |  +1 |  **1,4** |
| Преподаватель сестринского дела | 1 | 1,4 | 2 | 3 | +1 | **1,4** |
| Главныйспециалист по работе с медсестринским персоналом |  8 |  11,4 |  10 |  14,5 |  +2 |  **2.9** |
| Менеджер отделения | 12 | 17,2 | 16 | 23 | +4 | **5,6** |
| Зав.кабинетом медпрофилактики, оргметодкабинетом | - | - | 4 | 6 | +4 | **5,7** |
| Рядовой средний медперсонал | 49 | **70** | 37 | **52** | - | **-** |
| Итого: | 70  | 100 | 70  | 100 | **+12**  | **17** |

**Приложение** 3

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ №415Н ОТ 07.07.2009

Об утверждении Квалификационных требований к специалистам c высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения.

В соответствии с пунктом 5.2.2 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080; 2008, № 11, ст. 1036; № 15, ст. 1555; № 23, ст. 2713; № 42, ст. 4825; № 46, ст. 5337; № 48, ст. 5618; 2009, № 2, ст. 244; № 3, ст. 378; № 6, ст. 738; № 12, ст. 1427, 1434)

п р и к а з ы в а ю:

Утвердить Квалификационные требования к специалистам c высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения согласно приложению.

Министр Т.А. Голикова

Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. №415

Квалификационные требования к специалистам c высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения

Специальность «Управление сестринской деятельностью»

Уровень профессионального образования Высшее профессиональное образование по специальности «060109 Сестринское дело»

Послевузовское профессиональное образование Интернатура и (или) ординатура по специальности «Управление сестринской деятельностью»

Дополнительное профессиональное образование Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности

Должности: Заместитель главного врача (директора, заведующего, начальника) учреждения здравоохранения; главная медицинская сестра; главная акушерка; главный фельдшер; директор хосписа; директор дома сестринского ухода; руководитель структурного подразделения (сестринского ухода, медицинской профилактики, медицинской статистики, организационно-методического); врач-статистик; врач-методист.