

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА

На правах рукописи

УДК 614.213(572.2)

АМАНБЕКОВ АКЫЛБЕК АМАНБЕКОВИЧ



**ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА СЕСТРИНСКОГО
ДЕЛА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**диссертация на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Касиев Накен Касиевич

Бишкек – 2024

**ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА СЕСТРИНСКОГО
ДЕЛА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**диссертация на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ.....	3-4
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	5-5
ВВЕДЕНИЕ.....	6-11
ГЛАВА 1 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР).....	12-37
ГЛАВА 2 МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ...	38-44
2.1 Методология исследования.....	38-43
2.2 Методы исследования.....	43-44
ГЛАВА 3 ОЦЕНКА КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	45-107
3.1 Региональная обеспеченность средними медицинскими работниками в Кыргызской Республике.....	45-58
3.2 Оценка кадрового потенциала средних медицинских работников в Кыргызской Республике.....	58-81
3.3 Экспертная оценка кадрового менеджмента сестринского дела.....	81-89
3.4 Менеджмент сестринского процесса.....	90-107
ГЛАВА 4 УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ.....	108-137
4.1 Причины ухода медицинских сестер с профессии.....	125-132
4.2 Роль медицинских сестер в научно-исследовательской работе.....	132-137
ГЛАВА 5 НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В	

КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	138-148
5.1 Современные организационные технологии в сестринском деле	138-148
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	149-150
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	151-151
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	152-171
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	172-180

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ИООБ	Иссык-Кульская областная объединенная больница
КАсмп	Коэффициент аттестованности средних медицинских работников
КДсмп	Коэффициент социальной доступности медицинской сестринской помощи
КСП	Качество сестринской помощи
КР	Кыргызская Республика
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
МЗ	Министерство здравоохранения
МРП	Медсестра расширенной практики
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СМП	Средний медицинский персонал
СМР	Средний медицинский работник
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЦЭЗ	Центр электронного здравоохранения

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В современном здравоохранении ведущее место занимает средний медицинский персонал, который оказывает большую часть медицинских услуг населению на различных уровнях оказания медицинской помощи [Т. В. Демидова, 2020; О. А. Александрова и соавт., 2021; Л. В. Чернецкая и соавт., 2022; E. Lauber et al., 2022; R. Lewis, 2023].

По данным Всемирной организации здравоохранения сестринский персонал является одним из стратегических ресурсов, имеющих важное значение в укреплении здоровья, профилактике заболеваний, а также в оказании медицинской помощи на первичном уровне медицинских услуг [ВОЗ, 2020], а сестринская служба – важное звено не только для здравоохранения, но и для мировой экономики в целом [Качаровская, Е. В., 2016; А. В. Крючкова и соавт., 2020; Петрова С., 2020].

Длительное время сестринскому делу не придавалось достаточного внимания, как самостоятельной сфере профессиональной деятельности. Сложилось представление о медицинской сестре, как только о помощнике врача, осуществляющей только сестринский уход и не проявляющего инициативы в оказании медицинской помощи. Это явилось причиной снижения качества сестринской помощи, массового оттока кадров и низкой обеспеченности средним медицинским персоналом [Н. А. Касимовская, 2015; Ж. А. Куланчиева и соавт., 2019; А. А. Латышова и соавт., 2020].

В условиях реформирования системы здравоохранения при возрастающей роли сестринского дела возникла необходимость рассмотрения средних медицинских работников, как специалистов, играющих ключевую роль в обеспечении качественной медицинской помощи населению. Это диктует важность коренной перестройки роли среднего медицинского персонала в системе здравоохранения [Э. О. Ыбыкеева, 2015; А. Ю. Костикова, 2019; А. В. Н. А. Екимова и соавт., 2020; Крючкова и соавт., 2020; W. F. Taan et al., 2024].

В настоящее время в системе здравоохранения потребность в молодых специалистах сильно возросла. Но небольшой опыт работы по специальности, а порой и его отсутствие, нехватка как профессиональных, так и коммуникативных знаний, умений и навыков, как правило, затрудняет процесс адаптации, может привести к увольнению, а в дальнейшем, к такой серьезной проблеме, как текучесть кадров. Правильная адаптация специалистов в области сестринского дела с широким использованием менеджмент-технологий управления – одно из важнейших условий успешного функционирования организации [Н. Г. Полякова, 2016; Н. Malak et al., 2022; R. Hughes, 2023].

Многие аспекты организации сестринского дела в республике до сих пор остаются не решенными. Имеются немногочисленные работы, которые посвящены аспектам организации деятельности медицинских сестер, как в мире, так и в Кыргызской Республике [М. Ж. Мамырбаев, 2012; Э. О. Ыбыкеева, 2015; Г. О. Оразбакова и соавт., 2021; S. H. Walker et al., 2020].

Вышеперечисленное диктует необходимость разработки мероприятий по совершенствованию организации труда медицинских сестер на основе применения современных сестринских организационных технологий, повышения их роли при оказании медицинской помощи населению.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Диссертационная работа является инициативной.

Цель исследования. На основе комплексного анализа разработать научно-обоснованные мероприятия по оптимизации организационных подходов системы менеджмента сестринского дела и определить перспективы его развития в Кыргызской Республике.

Задачи исследования:

1. Проанализировать кадровый состав средних медицинских работников организаций здравоохранения в контексте оценки ситуации кадрового обеспечения.

2. Провести экспертную оценку системы менеджмента сестринского дела и социологический опрос руководителей сестринским процессом, врачей, средних медицинских работников и пациентов по оценке эффективности применения элементов управления и роли медицинской сестры.

3. Оценить удовлетворенность работой и мотивационную направленность ухода средних медицинских работников из профессии.

4. Разработать организационные подходы оптимизации менеджмента сестринского дела и определить перспективы развития сестринского дела в Кыргызской Республике.

Научная новизна полученных результатов.

1. Выявлены закономерности динамики численности и укомплектованности организаций здравоохранения средними медицинскими работниками и выявлены факторы, влияющие на дисбаланс кадрового потенциала.

2. Впервые проведен комплексный анализ элементов управления сестринской деятельностью, проблем и перспектив развития с позиции руководителей, медицинских работников и пациентов на основе современных статистических показателей.

3. Определены мотивационные факторы к трудовой деятельности и ухода из профессии, а также уровень удовлетворенности средних медицинских работников системой управления сестринской деятельностью в организациях здравоохранения республики.

4. Организационные подходы менеджмента сестринского дела способствуют формированию в современных условиях высококвалифицированных сестринских кадров, равноправных партнеров врача.

Практическая значимость полученных результатов. Материалы исследования использованы при разработке Профессионального стандарта «Сестринское дело» (Виды профессиональной деятельности по сквозным, ключевым и профессиональным компетенциям).

Анализ кадрового потенциала позволил выявить закономерности, которые необходимо учитывать при планировании деятельности организаций здравоохранения. Оценка текущей ситуации развития сестринского дела позволила научно обосновать стратегию его реформирования. Выявлены наиболее значимые мотивационные факторы к труду, которые позволят оптимизировать процесс профессиональной деятельности.

Материалы диссертации использованы при разработке профессионального стандарта Ассоциацией специалистов сестринского дела Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (акт внедрения от 29.05.2023 г.). Использованы в практической деятельности Больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек (акт внедрения от 12.02.2024 г.).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Анализ кадрового обеспечения средними медицинскими работниками показал тенденцию низкой обеспеченности, недоукомплектованность кадрами организаций здравоохранения регионов республики на фоне высокой потребности практического здравоохранения в специалистах. При этом, по регионам показатели варьируют, что свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к анализу кадровой ситуации и мерам по ее стабилизации и улучшению.

2. Экспертная оценка позволила оценить значимость факторов, определяющих результаты деятельности сестринского персонала и показать высокую согласованность мнений экспертов по недостаточному внедрению элементов менеджмента в сестринское дело.

3. Средние медицинские работники Центров семейной медицины и стационаров в большинстве случаев не удовлетворены уровнем заработной платы, объемом работы, кроме этого, в Центрах семейной медицины -

профессиональным ростом, стационарах – условиями труда. Определены индивидуальные, организационные и социальные факторы мотивации ухода из профессии, базирующиеся на результатах анкетирования медицинских работников и пациентов.

4. Научное обоснование организационных подходов оптимизации менеджмента сестринского дела способствует развитию системы управления качеством сестринской помощи, реализации профессионального потенциала сестринского персонала в соответствии с современными потребностями системы здравоохранения.

Личный вклад соискателя. Автором лично сформировано направление и программа исследования, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа сбора материала. Осуществлен набор материала, выкопировка из статистических данных, анкетирование. Проведена статистическая обработка данных, интерпретация и обсуждение результатов, формулировка положений, выносимых на защиту, заключения и практических рекомендаций.

Результаты исследования включены в Профессиональный стандарт «Сестринское дело» (Приказ Министерства здравоохранения от 27 января 2020 г. № 42), в котором определены виды профессиональной деятельности по сквозным, ключевым и профессиональным компетенциям.

Апробации результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: научно-практической конференции медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина с международным участием «Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке», г. Бишкек, 29 апреля 2022 г. (Бишкек, 2022), XXII научной конференции с международным участием «Молодежное научное творчество – эффективный путь подготовки медико-биологических кадров», г. Бишкек, 28 апреля 2023 г. (Бишкек, 2023), Международная конференция «Новая миграция в Евразии: последствия для интеграционных процессов», г. Бишкек, 18-21 мая 2023 г. (Бишкек, 2023),

Международной научно-практической конференции «Здоровье как социальная ценность: государственная политика и здоровьесберегающие практики в регионах Евразии», г. Москва, 28 марта 2024 г. (Москва, 2024), Круглом столе «Уровень квалификации «Бакалавр» в сестринском деле: достижения и планы», г. Бишкек, 30 января 2024 г. (Бишкек, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 9 научных статей, из них из них 7 – в журналах, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 150 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, трех глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, приложения, а также библиографического списка, включающего 97 источников на русском и 41 на иностранных языках. Работа содержит 36 таблиц и иллюстрирована 7 рисунками.

ГЛАВА 1

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Сестринский персонал - это категория медицинских работников, которая вносит ценнейший вклад в решение национальных и глобальных задач, касающихся широкого спектра приоритетных проблем здравоохранения, включая всеобщий охват услугами здравоохранения, охрану психического здоровья и борьбу с неинфекционными заболеваниями, обеспечение готовности и реагирование на чрезвычайные ситуации, безопасность пациентов, а также оказание комплексной и ориентированной на потребности людей медицинской помощи. Ни одна глобальная задача в сфере здравоохранения не может быть решена без координированных и систематических усилий по максимальной реализации потенциала сестринского персонала и повышению его роли в рамках междисциплинарных медицинских коллективов. Для этого требуется проведение политики по созданию условий, в которых работники сестринских служб будут достигать максимальной эффективности и результативности, посредством оптимизации круга обязанностей сестринского персонала, повышения значимости их функций, а также увеличения объема ресурсов, вкладываемых в их подготовку, профессиональное развитие и создание соответствующих рабочих мест. Такие инвестиции будут также способствовать выполнению задач Целей устойчивого развития, касающихся образования, гендерных аспектов, достойного труда и инклюзивного экономического роста [22, 43, 61, 82, 91].

Для реализации цели и устремлений, изложенных в программном документе Здоровье-2020 - рамочной основе политики и стратегии здравоохранения в Европе, направленной на поддержку действий по укреплению здоровья и повышению уровня благополучия людей, чрезвычайно

важно, чтобы все работники здравоохранения могли в полной мере реализовать свои профессиональные возможности. Для достижения этого должны постоянно развиваться и соответствовать потребностям населения образование работников здравоохранения, модели предоставления помощи, нормы и правила, законодательство и профессиональные обязанности. Не менее важно и то, чтобы кадровые ресурсы здравоохранения и модели предоставления медицинских услуг способствовали проведению в жизнь принципов помощи, ориентированной на нужды и запросы людей [30, 92].

В Глобальных стратегических направлениях укрепления сестринского и акушерского дела на 2021–2025 гг. представлены объективно обоснованные практические подходы и комплекс взаимосвязанных стратегических приоритетов, которые могут помочь странам обеспечить, чтобы работники сестринских и акушерских служб вносили максимальный полезный вклад в достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения и других целей в области охраны здоровья населения. Глобальные стратегии охватывают четыре области формирования и проведения политики: образование, рабочие места, лидерство и предоставление услуг. Каждая область имеет свое «стратегическое направление», содержащее цель на пятилетний период, и включает от двух до четырех стратегических приоритетов. Принятие и поддержка этих стратегических приоритетов может обеспечить прогресс по следующим четырем стратегическим направлениям: образовательная подготовка достаточного числа акушерок и медицинских сестер, обладающих компетенциями, необходимыми для удовлетворения потребностей населения в услугах здравоохранения; создание рабочих мест, управление процессами миграции, а также привлечение и удержание акушерских и сестринских кадров там, где они нужны больше всего; расширение лидирующей роли медицинских сестер и акушерок на различных уровнях системы здравоохранения и в академической сфере; создание для работников сестринских и акушерских служб условий, при которых они получают поддержку, пользуются уважением,

мотивированы и оснащены всем необходимым для оптимального выполнения своих профессиональных функций [24].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сестринский персонал – наиболее многочисленная категория в структуре медицинского персонала, на долю которой приходится порядка 59% всех кадров здравоохранения, при этом является центральным компонентом первичной медико-санитарной помощи и систем здравоохранения в странах всех уровней социально-экономического развития [30, 91]. Специалисты сестринского дела составляют самую многочисленную профессиональную группу в системе здравоохранения, поэтому от эффективности деятельности средних медицинских работников (СМП) во многом зависит результативность медицинской помощи [20, 100]. В связи с увеличивающимся кадровым кризисом здравоохранения в мире, Европейский регион в настоящее время испытывает серьезную нехватку квалифицированных медсестер [30, 40, 84].

Как отмечает ВОЗ, в мире насчитывается 29 миллионов медсестер и 2,2 миллиона акушерок. К 2030 году нехватка составит 4,5 миллиона медсестер и 0,31 миллиона акушерок [153]. По оценкам, к 2030 году глобальная нехватка медицинских работников составит 4,8 миллиона медсестер и акушерок. Особенно остро этот дефицит ощущается в странах с низким и средним уровнем дохода [141].

Для решения проблемы дефицита сестринского персонала общее число молодых специалистов в области сестринского дела должно расти в среднем на 8% в год одновременно с расширением возможностей трудоустройства и принятием мер по удержанию этой категории персонала [66, 91]. При этом продолжает снижаться и соотношение врачей и СМП, которое в среднем по России находится на уровне 1:2, несмотря на то, что целевые индикаторы для этого показателя 1:3. Во многих европейских странах это соотношение еще выше – 1:4 [87].

Менеджмент в сестринском деле выражается в улучшении руководства сестринским персоналом с помощью современных стратегий,

совершенствовании знаний персонала, организации эффективного контроля в учреждениях здравоохранения, проведении ситуационного анализа по всем вопросам деятельности лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) [59].

В современном здравоохранении одним из важнейших аспектов управления является культура организационной деятельности коллектива. Наиболее актуальной является управленческая деятельность менеджера сестринского дела, осознающего значимость своей роли в коллективе медицинских сестер, но зачастую не владеющего той профессиональной культурой, которая должна сопровождать ее деятельность [16, 111, 146]. Это вызывает определенные трудности во взаимодействии субъектов лечебного учреждения и снижает эффект не только менеджера, но и личности руководителя со свойственными ему способностями (организаторские, авторитарные, перцептивные, коммуникативные, личностные способности) [16, 147].

Менеджеры медицинских сестер осуществляют контроль медицинского персонала в больнице или клинических учреждениях, уход за пациентами, принимают управленческие и бюджетные решения, устанавливают графики работы, координируют встречи и принимают кадровые решения. Они также набирают и обучают медсестер и других медицинских работников и ведут учет в учреждении. Несут ответственность за обеспечение максимально эффективной работы каждого аспекта программы сестринского ухода в учреждении, от взаимодействия с пациентами до операций в отделении. Их усилия могут помочь устранить пробелы в оказании медицинской помощи из-за нехватки медсестер и улучшить результаты лечения пациентов.

Успешные медсестры-менеджеры применяют целостный подход к медицинскому обслуживанию и оказанию медицинской помощи. Эта роль требует навыков в областях, выходящих за рамки клинической помощи. Менеджеры медсестер должны уметь координировать ресурсы и персонал, а также достигать целей и задач. Они должны быть эффективными коммуникаторами, способными найти баланс между потребностями своего

медперсонала и администраторов своих учреждений. Помимо этих основных компетенций, среди успешных менеджеров медицинских сестер распространены следующие характеристики:

- **Эффективное общение.** Чтобы быть эффективным лидером, необходимо прислушиваться к проблемам персонала и пациентов и сообщать об их потребностях. Менеджеры медсестер должны быть в состоянии построить прочные отношения со всеми сотрудниками, от обслуживающего персонала до главных администраторов, а также с пациентами.

- **Пропаганда.** В некоторых случаях руководителям медсестер, возможно, придется выступать за то, чтобы персонал обеспечивал безопасную и разумную среду для практики. В других случаях им, возможно, придется выступать за безопасность пациентов и доступ к качественной медицинской помощи. Менеджеры медсестер не должны бояться использовать свой голос и положение.

- **Участие.** При таком большом количестве административных требований важно, чтобы менеджеры медсестер совмещали бизнес с уходом за пациентами. Менеджеры медсестер должны обладать превосходными клиническими навыками, чтобы обеспечить безопасность и благополучие пациентов.

- **Наставничество.** Успешные руководители медицинских сестер не контролируют свой персонал на микроуровне. Они поощряют, расширяют возможности, наставляют и находят сильные стороны. Они повышают креативность и внимательность.

- **Зрелость.** Менеджеры медсестер не сразу принимают чью-либо сторону в ссорах и не оценивают вину, пока не узнают все факты. Они не позволяют кипящим эмоциям выплеснуться наружу. Вместо этого они сталкиваются с конфликтом и преодолевают его.

- **Профессионализм.** Менеджеры медсестер следуют своим моральным принципам, чтобы обеспечить честность и порядочность во всех аспектах профессии. Они обращаются к людям с уважением и не запугивают.

- **Поддержка.** Менеджеры медсестер не устанавливают неоправданно высокую планку ожиданий. Вместо этого они используют поддерживающее поощрение, чтобы побудить сотрудников добиться успеха. Они тренируют и наставляют.

Перераспределение ролей или сферы практической деятельности конкретных работников здравоохранения – это стратегия, которая позволяет лучше использовать все более многообразные кадровые ресурсы и добиться нужного количества нужных типов работников и их надлежащего сочетания. Эти изменения профессиональных границ можно разделить на четыре категории: улучшение, замена, передача полномочий и инновации [17]. В наибольшей степени эти изменения касаются медицинских сестер, т.к. все больше данных указывает на то, что такое «перераспределение ролей может улучшить результаты лечения пациентов, особенно, с хроническими заболеваниями и сократить использование ими услуг здравоохранения» [94].

Тренд на наделение медицинских сестер более широким функционалом и ответственностью является общемировым и обусловлен развитием медицинских технологий и демографическими тенденциями. Поэтому постановка вопроса об изменении роли медицинской сестры в такой чувствительной сфере как здравоохранение необходимо учитывать контекст проведения реформы: первое – условий труда и качества профессиональной подготовки столичных медиков; второе – их отношению к идее расширения функций медицинских сестер; представлений о наличии необходимых для этого условий, реакции со стороны пациентов и врачей, влиянии на доступность и качество медицинской помощи. С одной стороны, есть понимание необходимости определенного перераспределения функций и ответственности между врачами и СМР с повышением роли последнего. С другой стороны, опыт последних лет сформировал у медиков установку на негативные ожидания от нововведений организационного характера. Прежде всего, ожидается дальнейший рост нагрузки, притом, что и нынешняя многими

ощущается как чрезмерная, а также, что рост нагрузки и ответственности не получит адекватной материальной компенсации. Иные опасения связаны со стереотипами, сформировавшимися у врачей и пациентов, привыкших видеть медицинских сестер исключительно на вторых ролях, а также с недостаточностью их нынешней профессиональной подготовки. Устранению негативных ожиданий может содействовать система мер по совершенствованию нормирования, организации и оплаты труда СМР, повышению качества профессиональной подготовки медицинских сестер с учетом их новой роли, а также социального престижа данной профессиональной группы [2].

Данные социологического опроса медицинских сестер подтвердили наличие ряда негативных факторов, влияющих на эффективность сестринской помощи, в частности: несоответствие подготовки сестринских кадров современным требованиям системы здравоохранения; неудовлетворительные условия и организация труда (высокие нагрузки, отсутствие разграничения полномочий сестринского и младшего медицинского персонала с передачей последним части сестринских полномочий); несовершенные механизмы стимулирования труда, низкий престиж профессии [100].

Повышение роли СМР является одним из ключевых трендов, поддерживаемых ВОЗ и доказавших свою эффективность в ряде стран. По этому пути движется и Россия: приняты соответствующие документы, идет эксперимент в пилотных регионах, в 2020 г. объявлено о масштабировании опыта внедрения новой модели медицинской сестры. Цель исследования - анализ готовности к расширению функций медицинской сестры столичного здравоохранения [74].

Следовательно, расширение границ сестринской практики способствует: повышению доступности медицинской помощи; улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов; регулированию нагрузки врача и освобождению его времени на консультирование и лечение

пациентов; повышению профессионального статуса медицинских сестер; повышению ответственности за пациента.

В реальных условиях сестринский персонал тратит основное время на выполнение врачебных назначений (лечебных и диагностических), заполнение медицинской документации и выполнение мероприятий санитарно-противоэпидемического режима, что полностью соответствует существующей в отечественном здравоохранении медицинской модели оказания помощи населению, в которой медицинская сестра играет роль помощника врача. Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала должны преобразовываться коренным образом в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением.

Как показывает мировая практика, рациональное использование сестринских кадров ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов в здравоохранении, большое внимание уделяется профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, так как сестринской практике присущи разноплановость деятельности, ориентированность на отдельного пациента, семью и общественные группы [44, 156].

Качество сестринской помощи (КСП) – это результат сотрудничества медицинской сестры и пациента и/или родственников, основанный на определенной квалификации медицинского персонала, направленный на содействие восстановлению утраченных функций или адаптацию к изменившимся возможностям и обеспечению максимально возможного качества жизни пациента путем использования специальных сестринских технологий в ходе последовательного осуществления всех этапов сестринского процесса [108]. В целом КСП – необходимая составляющая качества медицинской помощи.

Необходимо внедрение новых механизмов функционирования медицинских организаций с равноправными врачебными и сестринскими организационными структурами, введение регистра специалистов сестринского

дела и сестринской документации, внедрение инновационных сестринских технологий, развитие современных сестринских доказательных практик, фундаментальной и прикладной сестринской науки, перераспределение и четкое разграничение функциональных обязанностей между врачами и медсестрами разных уровней [50, 71].

Профессиональные функции и организационные формы деятельности среднего медицинского персонала меняются в соответствии со значительным расширением содержания профессиональных функций, выполняемых СМР в условиях реальной работы учреждений здравоохранения [49, 67, 68].

Для улучшения эффективности сестринского труда необходима реструктуризация деятельности сестер, которая включает: разработку и внедрение доказательных профессиональных стандартов, определяющих объем полномочий и ответственности; совершенствование образовательных стандартов; нормирование труда, улучшение социальной защиты; повышение организационной культуры в медицинских организациях; внедрение дифференцированной оплаты труда; улучшение условий труда (эргономика рабочего места, компьютеризация); обеспечение возможностей самореализации и непрерывного профессионального развития [19, 27, 100].

Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения зависит от многих факторов, среди которых одним из ключевых звеньев является производительность труда, рост которой возможен только при наличии высоких профессиональных качеств медицинского персонала и достижения высокого уровня мотивации работника [51].

Материальная составляющая данной профессии не стоит на первом месте, и правильная мотивация персонала должна включать в себя не только внешнее стимулирование в виде увеличения заработной платы и премии, но и исходить из потребностей СМР в профессиональном росте и интересе от работы [4].

Каждая страна должна иметь компетентные, мотивированные, правильно распределенные медицинские кадры. Медицинские работники составляют

основу сильной системы здравоохранения, которая необходима для обеспечения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. Эти люди поддерживают безопасность в мире, улучшают здоровье и защищают уязвимые группы населения [48, 63, 95].

Медсестры составляют основу первичной медицинской помощи, по численности, составляя более половины кадрового состава работников здравоохранения и могут оказывать влияние на организационные мероприятия в сфере здравоохранения, а также методы оказания медико-санитарной помощи.

Важная роль медицинской сестры новой формации заключается, прежде всего, во введении в профессиональную деятельность современной системы сестринского ухода. Известно, что длительное время главной целью медико-санитарной помощи населению был уход за больными, их лечение. Декларация, принятая в Алма-Ате по проблемам первичной медико-санитарной помощи ПМСП в 1978 году, отражает позицию в том, чтобы уровень здоровья позволял населению вести активный образ жизни, как в социальной, так и политической сферах, а не бороться с болезнями [5].

В настоящее время проводится последовательная политика в области развития ПМСП с акцентом на укрепление участковой службы, увеличение роли амбулаторного этапа медицинской помощи. Особое место в деятельности сестринского персонала занимает профилактическая медико-санитарная помощь, лечебно-диагностическая помощь (около 80% сестер работает в стационарах), поддержка людей с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями, обучение населения здоровому образу жизни. Роль, функции и формы деятельности медицинской сестры изменяются в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением. Усложнение деятельности среднего медицинского работника требует не только качественной базовой подготовки, но и научно обоснованных разработок по созданию целенаправленных моделей не только специалиста, но и модели сестринского дела для каждого ЛПУ, что позволит управлять процессом воспитания

личностных качеств специалиста, повысит культуру обслуживания пациентов [5].

ВОЗ в течение нескольких десятилетий старается повысить авторитет медсестер и акушерок, показана важная роль, которую эти работники будут играть для улучшения результатов в области здоровья и достижения Целей устойчивого развития [4, 5, 6, 78].

Представители государств-членов Европейского региона ВОЗ, принимавшие участие в Мюнхенской конференции считают, что медицинские сестры и акушерки играют важную и все возрастающую роль в решении нынешних проблем общественного здравоохранения, а также в оказании высококачественной, эффективной, доступной для всех и непрерывной медицинской помощи, направленной на удовлетворение меняющихся потребностей населения и обеспечение прав человека. Настоятельно призывают все соответствующие руководящие органы в Европейском регионе ВОЗ усилить свои действия по укреплению сестринского и акушерского дела посредством: обеспечения участия медицинских сестер и акушерок в процессе принятия решений на всех уровнях разработки и реализации политики здравоохранения; решения существующих проблем, в частности, в таких областях, как кадровая политика, обеспечение равных возможностей для женщин и мужчин, низкий статус медсестер и акушерок при доминирующей роли врачей; обеспечения возможностей для служебного роста и создания соответствующих финансовых стимулов; совершенствования системы базового и непрерывного профессионального образования и обеспечение доступа к высшему сестринскому и акушерскому образованию; создания возможностей для совместного обучения медицинских сестер, акушерок и врачей на до- и последипломном уровнях образования для обеспечения более тесного их взаимодействия и междисциплинарного сотрудничества в целях улучшения качества медицинской помощи; усиление роли медицинских сестер и акушерок в таких областях, как общественное здравоохранение, укрепление здоровья и развитие потенциала населения на местном уровне. Необходимо обеспечение

условий для эффективной и результативной деятельности медсестер и акушерок, полностью реализующих свой профессиональный потенциал и работающих, как самостоятельно, так и в сотрудничестве с другими категориями медицинских работников [65].

Медицинские сестры предоставляют безопасную, высококачественную и ориентированную на человека и население медицинскую помощь, улучшают охват и комплексный характер медико-санитарных услуг и снижают затраты ЛПУ и систем здравоохранения. Их функции развиваются и расширяются, особенно в области укрепления здоровья, профилактики заболеваний, ведения и координации лечения хронических болезней. Практика в сестринском и акушерском деле развивается в ответ на потребности населения в медицинских услугах. В целом, это развитие строится на научных данных и методах повышения качества и достигается при наличии сильного руководства и благоприятных системных условий [95].

Процесс управления сестринской службой имеет стратегическое значение и тесно взаимосвязан с обеспечением кадрового потенциала. Средний медицинский персонал (СМП) – это значимый компонент современной системы здравоохранения, который располагает реальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной медицинской помощи [52, 72, 150, 96].

Деятельность медицинской сестры относится к типу «человек-человек» и, значит, ориентирована на контакт с коллегами и пациентами, что предполагает умение устанавливать и поддерживать деловые контакты, разбираться во взаимоотношениях людей, проявлять логические способности, эрудицию и лидерские качества. Профессия медицинской сестры отнесена к интеллектуальному труду, который характеризуется переработкой большого объема разнообразной информации, требует мобилизации памяти, концентрации внимания, часто связан со стрессовыми ситуациями [42, 123].

В реальных условиях сестринский персонал тратит основное время на выполнение врачебных назначений (лечебных и диагностических), заполнение

медицинской документации и выполнение мероприятий санитарно-противоэпидемического режима, что полностью соответствует существующей в отечественном здравоохранении медицинской модели оказания помощи населению, в которой медицинская сестра играет роль помощника врача. Роль, функции и организационные формы деятельности СМП должны преобразовываться коренным образом в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением [145].

Как показывает мировая практика, рациональное использование сестринских кадров ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов в здравоохранении, большое внимание уделяется профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, так как сестринской практике присущи разноплановость деятельности, ориентированность на отдельного пациента, семью и общественные группы [67].

Для достижения коллективного обязательства по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 г. необходимы кадры здравоохранения, способные оказывать весь спектр медицинских услуг [23].

Обучение, основанное на получении квалификации, является наиболее эффективным подходом к обеспечению готовности к практической деятельности. Повышение квалификации медицинских работников приносит положительный эффект в виде здоровья населения, глобальную безопасность в области здравоохранения, экономических возможностей и гендерного равенства [23].

Проблема обеспечения безопасности пациентов при оказании медицинской помощи, снижение риска неблагоприятных событий, связанных с ее оказанием, является одной из актуальнейших проблем не только российского, но и международного здравоохранения. Формирование культуры безопасности на уровне медицинского учреждения должно предполагать объединение всех участников оказания медицинской помощи, при этом роль сестринского персонала является одной из важнейших. СМП не в полной мере

осознают остроту проблемы безопасности пациентов и свою важную роль в снижении рисков при оказании медицинской помощи. Отмечается также низкий уровень информированности об имеющемся, в том числе зарубежном, опыте предотвращения рисков при оказании медицинской помощи [79].

Совершенствование системы кадрового обеспечения – одно из приоритетных направлений развития здравоохранения. Очевидно, что и требования к квалификации сестринского персонала в современном мире повышаются кратно, и требования к профессиональному развитию медсестер [41]. Кадровый состав ПМСП в мире расширяется за счет включения в него медицинских работников, не являющихся врачами, чтобы повысить его потенциал [135, 137].

В Европейской рамочной основе ВОЗ для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения предложена рекомендация «Пересмотр потенциала семейных врачей и медсестер», предлагающая для расширения охвата услугами и использования имеющихся на уровне ПМСП кадровых ресурсов здравоохранения делегировать дополнительные функции медсестрам и всему среднему медицинскому персоналу (акушеркам и фельдшерам). Под дополнительными функциями подразумеваются следующие три направления работы: управление факторами риска, профилактика заболеваний и право выдачи лекарств. Важно создать надлежащие условия, чтобы работники первичной помощи могли выполнять свои обязанности, включая следующие: нормативная документация, определяющая функции и компетенции; пересмотр программ обучения, как медсестер, так и семейных врачей с акцентом на управление факторами риска и консультирование пациентов; согласование руководств по клинической практике с четким отражением в них функций медицинских работников [15].

В настоящее время вклад специалистов сестринского дела при их хорошей укомплектованности пока низок. Практически все медсестры работают на полную ставку, укомплектованность высокая и при делегировании части функций контроля неинфекционных заболеваний можно было бы решить

вопрос доступности услуг, снизить нагрузку на врачей путем перераспределения обязанностей между врачами, фельдшерами и медсестрами [85].

Проведем анализ роли медсестер расширенной практики (МРП) в процессе повышения качества ПМСП. Первичный уровень здравоохранения сталкивается с нехваткой врачей общей практики (ВОП), особенно в сельской местности. Во многих странах медсестра расширенной практики могут стать потенциальным решением этих проблем [106, 102].

В ряде развитых стран в связи с реформированием систем здравоохранения, в основе которого лежат принципы пациентоориентированности, средний медицинский персонал несет высокую рабочую нагрузку: изменяются роли и компетенции медицинских сестер, происходит расширение их функций [18, 62, 132, 133]. В Финляндии используется комплексный подход к охране здоровья в течение всей жизни человека, который по большому счету обеспечивается работой медицинских сестер: 80 % пациентов изначально направляются к медицинским сестрам, а после этого, если необходимо, к врачам, и только 20 % пациентов поступают сразу к врачам [119].

Особенности пациентоориентированного подхода заключаются в том, что на основе клиентоориентированности необходимо создать инновационный подход к планированию, проведению, оценке и контролю медицинской помощи, которая базируется на партнерских и взаимовыгодных принципах сотрудничества между пациентом и его ближайшим окружением (семья) с медицинской организацией в лице административного, врачебного, сестринского и обеспечивающего персонала [139].

В основе подхода лежат восемь ключевых принципов [152]:

1. Уважение потребительских ценностей, потребностей и предпочтений. Рассматривая принцип «уважительного отношения к пациенту», можно говорить, что данный аспект отражается в обеспечении прав граждан в сфере

оказания медицинской помощи. Помимо этого, ставится во главу угла приоритет интересов пациента.

2. Целостность, логичность и преемственность лечебно-диагностического процесса. Надо понимать, что пациенты в данном аспекте являются уязвимым звеном. Болезнь, которая снижает качество жизни пациента, окрашивает в негативные краски психоэмоциональный фон настроения. Пациент, видя согласованность действий со стороны медицинских работников, вселяет в себя надежду на скорейшее выздоровление.

3. Информированность пациента обо всех деталях лечебно-диагностического процесса, о ходе медико-социальной реабилитации и т.д. Этот принцип достаточно широкий и охватывает много аспектов. Так, пациент по желанию должен иметь доступ к информации о своем заболевании, о клиническом состоянии, о вариантах лечения, а также о методах профилактики.

4. Создание комфортных условий пребывания пациента в процессе оказания ему медицинской помощи на всех этапах: в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в стационаре, в отделениях реабилитации и т.д.

5. Обеспечение эмоциональной поддержки в отношении пациента. В реализации данного принципа медицинский работник должен учитывать такие факторы, как обеспокоенность пациента по поводу своего состояния, а также исхода заболевания. Надо учитывать, что пациенты могут испытывать тревогу из-за возможных последствий болезни (инвалидизация, финансовая несостоятельность, потеря работы, проблемы в семье).

6. Создание условий общения пациента с его ближайшим окружением. Следует уделять внимание уровню субъективного комфорта пациента, по возможности обеспечивать всестороннюю поддержку, не ограничивать его в общении с родственниками, коллегами, друзьями.

7. Обеспечение непрерывности лечебного процесса, а также оправдание ожиданий в части его видоизменения со временем. Для обеспечения этого принципа, прежде всего надо доносить подробную информацию о

лекарственных препаратах, ограничениях, диетах в доступной для пациента форме.

8. Надлежащее обеспечение доступности медицинской помощи для потенциального пациента. Это физическая доступность к медицинской организации, наличие общественного транспорта, возможность беспрепятственной записи на прием к врачу, возможность выбора врача, методики лечения.

Опрос врачей и медицинских сестер в Швейцарии, показал их мнение о дополнительной ценности роли МРП, как имеющей больше времени и другой подход к уходу за пациентами, обеспечивающий более высокое качество ухода и гибкость в практике [102, 109].

Медсестры-анестезистки из Дании, Швеции, Франции дают анестезию сами, а врач-анестезиолог обслуживает 5-6 операционных. Он сосредоточен на своих, сугубо врачебных функциях, а у нас врачей-анестезиологов не хватает, но при этом по факту в операционных врачи во многом делают работу, которую вполне могла бы выполнять медсестра. Большая задача состоит в создании новых руководств по лечению отдельных состояний и заболеваний. В каждом порядке оказания медицинской помощи должна быть прописана роль медицинской сестры, акушерки, и соответственно подкреплена нормативно-правовыми документами [88].

Исследования, измеряющие удовлетворенность пациентов МРП в ПМСП, дали положительные результаты. Gagan M. G. et al. (2011) использовали опросник с четырех балльной шкалой Лайкерта (от 1=очень удовлетворен до 4=очень недоволен), чтобы выявить мнения удобной выборки из 200 пациентов. В исследовании большинство участников были удовлетворены МРП [115]. В качественном исследовании, проведенном Eriksson et al. (2018), 10 пациентов были опрошены о своем опыте обследования у МРП в первичной медицинской помощи. Исследование показало, что МРП улучшают качество и доступность медицинской помощи на уровне ПМСП [120].

Считают, что МРП компетентна и обеспечивает высокий уровень обслуживания, причем 88% участников заявили, что вернутся вновь. Медсестра расширенной практики обладает знаниями и навыками для предоставления безопасной, надежной, индивидуальной и целостной медицинской помощи с высоким качеством, уважительным и гибким подходом [120].

Определены три основные темы, характеризующие опыт швейцарских врачей общей практики по интеграции МРП в их бригаду ПМСП: доверие как основа для сотрудничества с МРП; наращивание роли МРП путем делегирования, обучения и надзора, вкладывая время, особенно в начале их сотрудничества с МРП - затраты времени, которые значительно снижались по мере роста компетенций МРП; синергия партнерского сотрудничества с МРП. Врачи общей практики испытывали межпрофессиональную синергию при совместной работе с МРП [124].

Расширенная роль медсестер подчеркивает важную роль медсестер в оказании помощи, особенно пожилым людям, работая в клиниках сестринского ухода и помогая пациентам с хроническими заболеваниями, обеспечивая уход на дому, организуя комплексный уход и наблюдение [118].

В целом, МРП улучшают удовлетворенность пациентов, облегчают давление на врачей общей практики и обеспечивают высококачественную помощь, когда они работают в составе команды и в рамках своей практики. Учитывая нынешнюю сложность работы ВОП, МРП могли бы улучшать услуги в первичной медико-санитарной помощи и облегчить давление на ВОП [64, 70].

Динамика изменений в обучении сестринскому делу за значительный период времени, свидетельствует о последовательности его изменений в пользу практической ориентированности, развития концепции партнерских взаимоотношений врача, медицинской сестры, помощника врача и возобновлении интереса к сестринскому уходу, обусловленного демографическими показателями, сходными для европейского региона. На фоне серьезных изменений в оказании медицинской помощи населению, обусловленных ускоренным приходом новых информационных технологий,

прогнозируются совершенствование и перераспределение функций помощника врача и медсестры общей практики (коммуникативной, доказательной практики, экспертной, коллабораторской, профессиональной, педагогической, нравственной справедливости) [59].

Переход на пациентоориентированную модель должен обеспечить соответствие «предоставляемой помощи индивидуальным предпочтениям, потребностям и ценностям пациентов и учитывать пожелания пациента при принятии клинических решений». Пациентоориентированную модель должны отличать доброжелательное отношение к пациенту, современная организация процессов лечения и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи. Высокий уровень коммуникации с пациентами позволяет медицинскому работнику намного успешнее собирать информацию для правильной диагностики, проводить качественные консультации, корректно предоставлять инструкции и рекомендации, а также налаживать доверительный контакт с пациентами. Благодаря высокой культуре коммуникации достигается наилучший результат лечения и удовлетворенности пациентов. Особое значение приобретает формирование у медицинских работников коммуникационных компетенций, необходимых для развития корпоративной культуры, основанной на пациентоориентированном подходе [18, 101, 128, 148, 154].

В Российской Федерации меняется система получения права медицинским работником осуществлять медицинскую деятельность от процедуры сертификации специалистов к процедуре аккредитации специалистов. С 2021 года вводится периодическая аккредитация как вид аккредитации специалистов, которую должны проходить медицинские работники каждые пять лет, и которая включает в себя один этап – оценку портфолио [38].

По-прежнему остры кадровые вопросы и проблемы профессиональной дискриминации медицинских сестер. Мы должны стремиться повысить

престиж профессии, воспринимать медицинскую сестру как равноправного участника лечебного процесса [3, 11, 25, 86].

В ряде развитых стран в связи с реформированием систем здравоохранения, в основе которого лежат принципы пациентоориентированности, средний медицинский персонал несет высокую рабочую нагрузку: изменяются роли и компетенции медицинских сестер, происходит расширение их функций.

В число факторов успеха научно-обоснованной практики входит использование практического наставничества. Наставники играют важную роль в процессах внедрения благодаря своей уверенности в научно-обоснованной практике и способности привлекать медицинских работников, непосредственно работающих с пациентами. Совместное управление заключается в привлечении работников и учета их мнений в отношении внедрения научно-обоснованной практики [90].

Для обеспечения четкой, эффективной, отлаженной работы сестринского персонала и динамичного развития ЛПУ, руководителю необходимо хорошо знать четыре составляющих управления: планирование, организацию, мотивацию и контроль. Руководитель сестринской службы должен обладать: административно-организационными способностями; коммуникативными умениями, характеризующими работу непосредственно с людьми; профессионально-деловыми качествами; стратегическими умениями; умением оперативно-тактического управления.

Профессиональным работникам сестринских и акушерских служб необходимо применять критический подход к клинической практике для формирования более эффективных и значимых процессов оказания медицинской помощи. Менеджеры сестринских и акушерских служб должны тесно сотрудничать с экспертами в области образования и науки в целях разработки долгосрочных стратегий, способствующих внедрению научно-обоснованной практики [39, 90]. Рост производительности труда возможен

только при наличии высоких профессиональных качеств медицинского персонала и достижения высокого уровня мотивации работника [1, 51, 110].

Работа по управлению качеством деятельности медицинских работников среднего звена проводится по многим направлениям: работа с молодыми специалистами и резервом, проведение целевых проверок, проверка знаний в форме тестов и принятия зачетов в устной форме по основным разделам работы, метод анкетирования, который позволяет выявлять недостатки и принимать управленческие решения. Современный руководитель сестринского персонала первичного здравоохранения обязан не только содействовать, но и активно продвигать внедрение новых форм организации работы сестринского персонала, положительно влияющих на оказание медицинской помощи. Руководитель сестринского дела принимает участие в управлении ЛПУ, ему необходимо знать цели и задачи процесса управления, формы управленческого решения, различные механизмы управления и каналы связи для обеспечения слаженной, квалификационной работы сестринского персонала по оказанию пациентам квалифицированной и качественной сестринской помощи [93, 105].

Наставничество определяется как профессиональные образовательные отношения, возникающие в условиях клинической больницы между штатной медсестрой (наставником) и студентами медицинскими сестрами, включающие оказание помощи пациентам [112, 126, 159]. Это профессиональные отношения представляют собой триадные отношения между студентами медсестрами, наставником и пациентом [125]. Наставник контролирует, обеспечивает руководство и опыт обучения, способствует социализации и развитию студента в профессии медсестры и обеспечивает уход за пациентами [136]. Качество наставнических отношений может существенно повлиять на интеграцию студента в профессию медсестры и клиническую среду, а также на его профессиональное развитие и оказание помощи пациентам [138, 158, 159].

Практика менеджмента показывает, что формированию ответственного за свою работу сотрудника в наибольшей мере способствует стиль управления «Наставничество». Поэтому очень важно использовать его в работе наиболее

эффективно. С одной стороны, это позволяет руководителям расширить арсенал управленческих инструментов, а с другой – сформировать культуру управления, ориентированную на долгосрочные результаты. Наставничество, как стиль, базируется на трех инструментах управления, которые может использовать каждый руководитель: планомерное развитие сотрудников, позитивная мотивация, эффективная коммуникация [77, 127].

Небольшой опыт работы по специальности, а порой и его отсутствие, нехватка как профессиональных, так и коммуникативных знаний, умений и навыков, как правило, затрудняет процесс адаптации, может привести к увольнению, а в дальнейшем, к такой серьезной проблеме, как текучесть кадров. Правильная адаптация персонала, особенно молодых специалистов, с широким использованием менеджмент-технологий управления – одно из важнейших условий успешного функционирования организации, процесса адаптации молодых специалистов в области сестринского дела [77].

Адаптация молодых специалистов с использованием наставничества как менеджмент-стиля позволяет планировать профессиональное развитие медсестер с учетом их личных интересов, снизить текучесть сестринских кадров вследствие наличия в штате мотивированных медицинских сестер, связывающих свою профессиональную деятельность с больницей [77]. В работе руководителя важно внедрение системы профессионального непрерывного образования сестринского персонала, что дает работнику возможность самореализации и повышает качество оказываемой помощи населению.

В мировой практике, современная медицинская сестра, в качестве последипломного образования проходит не только повышение квалификации или специализацию, но и подготовку в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу [50, 97, 104]. В ряде исследований подчеркивается необходимость вовлечения медицинских сестер в научную деятельность. Потенциал медицинских сестер для участия в научно-исследовательской работе и того, как их вовлечение может привести к улучшению качества здравоохранения [81, 131, 144].

Во многих странах также существует проблема ограниченного участия медицинских сестер в научно-исследовательской работе. Однако, в последние годы разработаны программы и проведены исследования, направленные на повышение уровня знаний и навыков медицинских сестер в области исследовательской работы. Например, в США была создана Национальная Академия Медицинских Сестер, которая занимается разработкой и проведением обучающих программ по научно-исследовательской работе. Также существуют специализированные организации, такие как Центр доказательной медицины и сеть исследований медицинских сестер, которые занимаются вовлечением медицинских сестер в научно-исследовательскую работу [142].

Отсутствие четких прописанных функциональных обязанностей не позволяет определить в полной мере полномочия медицинских сестер и ограничить их обязанности от обязанностей семейных врачей.

Отток квалифицированных кадров со средним профессиональным образованием влияет на формирование дефицита персонала в медицинских организациях. Отток СМП наблюдается в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, так и в стационарных условиях. Абсолютное сокращение численности СМП наблюдается во всех федеральных округах, кроме Южного, Дальневосточного и Северо-Кавказского. Снижение показателя обеспеченности СМП отражается на фактическом значении показателя укомплектованности средними медицинскими работниками, а также свидетельствует о неблагоприятной кадровой ситуации системы здравоохранения [56]. Некоторые исследования показали, что высокая текучесть медсестер является одним из основных факторов, приводящих к глобальной нехватке медсестер [121, 155].

Глобальный коэффициент текучести медсестер колеблется от 8% до 36,6%, а совокупный коэффициент текучести медсестер составляет 16%. Анализ подгрупп показал, что текучесть кадров составила 19% в Азии и 15% в Северной Америке. Предлагается, чтобы все медицинские и медицинские

учреждения активно внедряли соответствующие системы, которые могут снизить текучесть медсестер и способствовать созданию более гармоничной, здоровой и безопасной профессиональной среды для медсестер, чтобы укрепить потенциал устойчивого развития медсестер [116].

Увеличение текучести медсестер будет иметь многочисленные негативные последствия для системы здравоохранения. Например, сокращение числа опытных профессиональных медсестер увеличит нехватку человеческих ресурсов и увеличит рабочую нагрузку работающих медсестер, что повлияет не только на создание и развитие больничных сестринских команд, но и на качество сестринских услуг и медицинского обслуживания [107]. Последовательное и точное измерение текучести кадров является решающим шагом в решении проблем организации и управления сестринским персоналом [129, 160]. Поэтому крайне важно получить полное представление о текущем состоянии и различиях в показателях текучести медсестер, что будет полезно для реализации более эффективных стратегий по сокращению оттока рабочей силы. Возникла острая необходимость принятия мер по снижению текучести кадров для создания более гармоничной, здоровой и безопасной профессиональной среды для медицинских сестер, укрепления стабильности и потенциала устойчивого развития медсестер. Чтобы снизить текучесть кадров среди медсестер, важно рассмотреть комплексный подход, учитывающий различные факторы, такие как рабочая среда, компенсации и льготы, карьерный рост, рабочая нагрузка и психологический стресс. Например, человеческие ресурсы должны распределяться рационально, чтобы снизить рабочий стресс медсестер и повысить удовлетворенность работой, приняв системы планирования и принципы работы, которые способствуют физическому и психическому здоровью медсестер. Кроме того, создание привлекательной больничной культуры может повысить возможности карьерного роста, тем самым повышая их удовлетворенность профессиональной средой. Кроме того, усиление образования для повышения осведомленности и понимания роли

медсестер повысит профессиональную идентичность медсестер и будет активно мотивировать их в своей работе.

Медсестры обладают уникальной квалификацией для улучшения качества медицинской помощи, помогая людям ориентироваться в системе здравоохранения; обеспечение тщательного мониторинга, координации и последующего наблюдения на протяжении всего процесса оказания помощи; сосредоточение внимания на человеке; и обеспечение ухода [17].

Заключение. СМП – это значимый компонент современной системы здравоохранения, который располагает реальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной медицинской помощи. Процесс управления сестринской службой имеет стратегическое значение и тесно взаимосвязан с обеспечением кадрового потенциала. Ни одна глобальная задача в сфере здравоохранения не может быть решена без координированных и систематических усилий по максимальной реализации потенциала сестринского персонала и повышения его роли в рамках междисциплинарных медицинских коллективов. Для этого требуется проведение политики по созданию условий, в которых работники сестринских служб будут достигать максимальной эффективности и результативности, посредством оптимизации круга обязанностей сестринского персонала, повышения значимости их функций, а также увеличения объема ресурсов, вкладываемых в их подготовку, профессиональное развитие и создание соответствующих рабочих мест.

Менеджмент в сестринском деле выражается в улучшении руководства сестринским персоналом с помощью современных стратегий, совершенствовании знаний персонала, организации эффективного контроля в учреждениях здравоохранения, проведении ситуационного анализа по всем вопросам деятельности организаций здравоохранения.

Данные отечественной и зарубежной литературы позволили обобщить данные о состоянии сестринского дела, системе менеджмента сестринским делом как актуальной проблемы систем здравоохранения не только в Кыргызской Республике, но и в мире. Использование сестринского процесса

для управления уходом является клинически значимым в этом динамичном и сложном мире ухода за пациентами. Здравоохранение меняется, и традиционные роли медсестер меняются, чтобы соответствовать требованиям этой новой среды здравоохранения. Медсестры имеют возможность способствовать изменениям и влиять на модели ухода за пациентами в будущем.

Многие аспекты организации сестринского дела в республике до сих пор остаются нерешенными. Возникает необходимость подготовки специалистов сестринского дела нового поколения, способных анализировать ситуацию, быстро принимать эффективные управленческие решения и внедрять новые сестринские технологии [6]. Вышеперечисленное диктует необходимость работы врача и медицинской сестры в мультипрофессиональной команде специалистов здравоохранения, подготовки и усиления роли медицинских сестер в предоставлении качественных медицинских услуг населению, применения современных сестринских организационных технологий в системе здравоохранения.

Научное обоснование организационных подходов оптимизации менеджмента сестринским делом, ориентировано на современные методы оценки качества работы персонала, мотивацию средних медицинских работников и является основой повышения эффективности управления в современных условиях.

ГЛАВА 2

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Методология исследования

Объект исследования: средние медицинские работники.

Предмет исследования: организация и менеджмент сестринского дела.

Исследование проводилось в период с 2015 по 2021 годы и включало в себя несколько этапов (таблица 2.1.1).

На первом этапе проведен анализ кадрового обеспечения организаций здравоохранения средними медицинскими работниками в динамике (обеспеченность, укомплектованность, коэффициент совместительства, показатель соотношения врача и средних медицинских работников на уровне Центров семейной медицины (ЦСМ) и стационаров, потребность в средних медицинских работниках, оборот кадров) по данным Центра электронного здравоохранения (ЦЭЗ) Министерства здравоохранения (МЗ) Кыргызской Республики (КР) [32, 33, 34, 35, 36, 37].

Рассчитан коэффициент текучести кадров среднего медицинского персонала (К т. СМП) по формуле 2.1.1:

$$K_{\text{т.СМП}} = \frac{\text{число выбывших по причинам текучести СМП}}{\text{численность СМП на конец периода}} \times 100 \quad (2.1.1)$$

На втором этапе проведена экспертная оценка кадрового состава Иссык-Кульской областной объединенной больницы (ИООБ) г. Каракол (n=491) и ЦСМ № 5 г. Бишкек (n=84) по структуре должностей, возраста средних медицинских работников, стажа работы).

Таблица 2.1.1 – Этапы, методы и результат исследования

№ пп	Задача этапа исследования	Объект, предмет и объем исследования	Метод исследования
1	Проанализировать кадровое обеспечение организаций здравоохранения средними медицинскими работниками в динамике.	Объектом исследования: средние медицинские работники. Предмет исследования: обеспеченность, укомплектованность, коэффициент совместительства, показатель соотношения врача и средних медицинских работников на уровне ЦСМ и стационаров. Период наблюдения: 2015-2021 годы. Материал исследования: форма статистической отчетности № 17 (7 шт.), форма статистической отчетности № 12-здрав (7 шт.), форма статистической отчетности № 14-здрав (7 шт.) Центра электронного здравоохранения МЗ КР, статистические данные Национального статистического комитета КР.	Статистический, аналитический.
2	Провести экспертную оценку системы менеджмента сестринского дела на основе социологического опроса руководителей сестринским процессом, врачей, средних медицинских работников и пациентов.	Объектом исследования: руководители сестринским процессом, средние медицинские работники, пациенты Предмет исследования: менеджмент сестринской деятельности. Период наблюдения: 2015-2021 годы. Материал исследования: средние медицинские работники ЦСМ № 5 (n=84) и Иссык-Кульской областной объединенной больницы (n=491); анкета по экспертной оценке – 264 (врачи и средние медицинские работники – 123, пациенты - 141); анкета по изучению причин конфликтов в организации здравоохранения (n=53) и с пациентами (n=95); анкета по изучению отношения к научно-исследовательской деятельности (n=82).	Экспертная оценка Социологический Статистический
3	Изучить удовлетворенность и мотивационную направленность причин ухода средних медицинских работников из профессии.	Объектом исследования: средние медицинские работники. Предмет исследования: удовлетворенность средних медицинских работников. Период наблюдения: 2015-2021 годы. Материал исследования: анкеты по изучению удовлетворенности средних медицинских работников и причин ухода средних медицинских работников из профессии (n=232, из них с ЦСМ – 112, стационаров - 120).	Социологический (анкетирование), статистический, аналитический.
4.	Научно обосновать мероприятия по оптимизации сестринских организационных технологий в Кыргызской Республике.	Мероприятия по менеджменту сестринских организационных технологий в Кыргызской Республике.	Аналитический, организационное моделирование.

Проведен региональный анализ потребности системы здравоохранения республики в средних медицинских работниках от численности врачей по штатной и фактической укомплектованности.

Рассчитан показатель координации, т.е. соотношение средних медицинских работников на одну должность врача с использованием методики К 1Квр (нормативно зависящая от численности врачей) [57].

Проведен расчет необходимого числа средних медицинских работников с учетом рекомендаций ВОЗ (на 1 врача должно приходиться 2,8 средних медицинских работника с учетом численности населения). Данная методика применима для расчета потребности на амбулаторном уровне средними медицинскими работниками врачебных кабинетов таких, как анестезисты, массажных кабинетов, процедурных регистраторов и зубных техников.

Методика К 2Кд (нормативно зависящая от объема деятельности) применима для медицинских сестер кабинета физиотерапии, зубных врачей и гигиенистов стоматологических. Данная методика позволяет рассчитать объем нормативной нагрузки. Методика К 3Кп (нормативно зависящая от сети медицинских организаций и профильных структурных подразделений): фельдшера, акушерки, медицинские сестры кабинета неотложной помощи, доврачебного приема.

При расчете потребности в средних медицинских работниках по нормативно обусловленному параметру в зависимости от численности врачей определены нормативы средних медицинских работников, оказывающих практическую помощь. Указанная методика способствует определению оптимального числа средних медицинских работников практического направления по оказанию качественной медицинской помощи.

На третьем этапе изучена удовлетворенность и мотивационная направленность причин ухода средних медицинских работников из профессии (анкета представлена в Приложении 1). С этой целью проведено анкетирование 232 специалистов среднего звена, из них работали в ЦСМ – 112, стационарах – 120.

По данным анкетирования определен коэффициент социальной доступности медицинской сестринской помощи (КДсмп) по числу пациентов, обратившихся в организации здравоохранения - ЦСМ № 5 и Иссык-Кульскую областную объединенную больницу г. Каракол (положительная оценка медицинской помощи пациентами к числу опрошенных).

Доступность и удовлетворенность медицинской сестринской помощи рассчитана по формуле 2.1.2:

$$K_{Дсмп} = \frac{\text{Число пациентов, давших положительную оценку сестринской медицинской помощи}}{\text{Общее число опрошенных пациентов}} \times 100 \quad (2.1.2)$$

Необходимым условием экспертного анализа является определение согласованности мнений экспертов. В экспертной оценке руководителей сестринским процессом, медицинских сестер, пациентов, применялся метод экспертных оценок по методике согласованности мнений экспертов Кендалла [45].

По определению согласованности мнений экспертов, принимавших участие в оценке менеджмента сестринского процесса, рассчитан показатель конкордации (коэффициент Кендалла) [57] по формуле 2.1.3:

$$W = \frac{12 \cdot S}{m^2(n^3 - n)}, \quad (2.1.3)$$

где S – разность рангов;

m – число экспертов (пять);

n – число элементов (шесть).

Разность рангов рассчитана по формуле 2.1.4:

$$S = \sum p^2 - \frac{(\sum p)^2}{n} \quad (2.1.4)$$

где p – ранг;

n – число элементов.

Коэффициент аттестованных средних медицинских работников рассчитан по формуле 2.1.5:

$$KA_{CMP} = \frac{\text{Кол-во средних медработников, имеющих квалификационную категорию}}{\text{Общее число средних медицинских работников}} \times 100 \quad (2.1.5)$$

С целью выяснения мнения средних медицинских работников к научно-исследовательской работе проведено анкетирование 82 медицинских сестер, работающих в различных областях медицины, таких как хирургия, терапия, акушерство и гинекология по специально разработанной анкете (Приложение 2).

Первый раздел анкеты касался уровня знаний и навыков медицинских сестер в области научно-исследовательской работы. В этом разделе участники опроса должны были в баллах оценить свой уровень знаний в области научно-исследовательской работы, используя шкалу от 1 до 5, где 1 - очень низкий уровень, а 5 - очень высокий уровень. Кроме того, участникам предлагались вопросы, касающиеся их опыта участия в научно-исследовательских проектах, уровня уверенности в работе с научной литературой и статистическими методами.

Второй раздел анкеты касался потребностей медицинских сестер в обучении исследовательским навыкам. Участникам предлагались вопросы, касающиеся их потребности в обучении научно-исследовательской методологии, работе с научной литературой, сбору и анализу данных, а также разработке и написанию научных статей.

Третий раздел опросника касался возможных препятствий, мешающих медицинским сестрам вовлекаться в научно-исследовательскую работу. В этом разделе участники опроса должны были оценить, насколько согласны они с утверждениями, связанными с возможными препятствиями, такими как ограниченный доступ к образовательным программам, недостаточная поддержка со стороны руководства и ограниченный доступ к научной литературе. Опросник содержал вопросы о том, какие конкретные исследовательские навыки медицинские сестры считают наиболее важными для своей работы, а также о том, как часто они используют эти навыки на практике.

Вопросы о потребности в обучении исследовательским навыкам были связаны с формой обучения, которую медицинские сестры предпочитают (например, курсы, семинары, онлайн-обучение), а также с тем, какие именно навыки они хотели бы развивать в рамках обучения. В конце опросника медицинские сестры могли оставить свои комментарии и предложения.

Анкета по удовлетворённости медицинской помощи специалистами сестринского процесса включал вопросы по качеству оказания медицинской помощи, обеспеченности организаций здравоохранения оборудованием и аппаратурой, оценке проведения профилактической работы, взаимодействия средних медицинских работников с родственниками (Приложение 2).

Анкета по изучению конфликтов в организациях здравоохранения включала вопросы о влиянии стиля руководства на возникновение конфликтной ситуации в организации здравоохранения, влиянии конфликтной ситуации на распределение функциональных обязанностей, причины конфликта (Приложение 3).

Анкета по изучению причины конфликтных ситуаций с пациентами позволила определить, что больше всего влияет на конфликт с пациентами, влияет ли на конфликтную ситуацию наличие технического оборудования, случались ли конфликтные ситуации с пациентами по дополнительной оплате медицинских услуг, влияют ли личные качества пациента на возникновение конфликта (Приложение 4).

На четвертом этапе проведено научное обоснование мероприятий по оптимизации сестринских организационных технологий в Кыргызской Республике.

2.2 Методы исследования

В работе использованы следующие методы исследования: аналитический, ретроспективный, статистический, социологический (анкетирование), экспертная оценка, организационное моделирование.

Репрезентативность объема выборки определялась по методике с известным числом генеральной совокупности, которая составила - 395 единиц. Объем выборки составил - 1301, из них средние медицинские работники ЦСМ № 5 – 84, средние медицинские работники ИООБ - 491, анкета по экспертной оценке – 264 (врачи и средние медицинские работники – 123, пациенты - 141), анкета по удовлетворенности и причин ухода средних медицинских работников из профессии – 232 (из них с ЦСМ – 112, стационаров – 120), анкета по изучению отношения к научно-исследовательской деятельности - 82, анкета по изучению причин конфликтов средних медицинских работников в организациях здравоохранения (n=53), с пациентами (n=95). В целом материал исследования превышает объем выборки.

При обработке материалов исследования производилось вычисление показателей относительной величины (интенсивный, экстенсивный, показатель правдоподобия, координации, соотношения). Вычислялись достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента (t – критерия достоверности или доверительного коэффициента), ошибки репрезентативности ($\pm m$), вычисление « r » - критерия достоверности безошибочного прогноза $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ (95,0%, 99,0%, 99,9%), коэффициент конкордации, аттестованности, коэффициент социальной доступности медицинской сестринской помощи, оборот и текучесть кадров. В работе применялся метод вычисления динамических рядов (абсолютный прирост, темп прироста).

Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы приложения Microsoft-Statistica 6,0, программы Microsoft Excel и программного обеспечения SPSS (IBMInc, США, 23 – версия).

ГЛАВА 3

ОЦЕНКА КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

3.1 Региональная обеспеченность средними медицинскими работниками в Кыргызской Республике

Основной целью политики Здоровье-2020 является улучшение здоровья для всех и сокращение неравенства в здоровье. В документе определены приоритетные направления стратегических мероприятий, носящих инновационный характер и направленных на все уровни общества и государства. Показаны аспекты, определяющие роль охраны общественного здоровья и систем здравоохранения. Реализация политики – это фундаментальная приоритетная задача стран [30]. В современной системе здравоохранения отмечается несбалансированность медицинских кадров, малоэффективное использование сестринского персонала, что соответственно негативно влияет на качество медицинской помощи [26, 94].

В принятой Программе по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 гг. в Кыргызской Республике «Здоровый человек - процветающая страна» огромное влияние уделяется вопросам повышения качества сестринской помощи [83].

Средний медицинский персонал является одним из значимых компонентов системы здравоохранения, который располагает реальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной медицинской помощи [73].

Рациональное использование сестринских кадров позволит значительно улучшить доступность и качество медицинской помощи, а также более

эффективно использовать финансовые и человеческие ресурсы в здравоохранении [26, 95, 96].

При этом, особую актуальность приобретает анализ динамики обеспеченности средним медицинским персоналом, позволяющий оценить потребности системы здравоохранения в медицинских кадрах.

Анализ обеспеченности акушерками организаций здравоохранения в КР (таблица 3.1.1) показал в целом динамику незначительного увеличения в 2016 году на +5,0%, в последующие годы убыль на -4,7%, -2,5%, -5,1%, -8,1% и -2,9%, соответственно [7]. В 2016 году при положительном темпе прироста показателя по республике рост обеспеченности выявлен в Ошской области на +12,9%, г. Ош на +4,2% и Баткенской области на +3,3%. В других регионах отмечалась убыль в обеспеченности акушерками, причем наибольшая в Иссык-Кульской области на -8,0%, Нарынской области на -6,2%, г. Бишкек на -4,7%, Таласской области на -2,8%, Джалал-Абадской области на -2,2%, Чуйской области - нулевой прирост. В 2017 году несмотря на снижение обеспеченности акушерками по республике прирост показателя отмечался в Джалал-Абадской области на +6,9%, Нарынской области на +6,6% и Баткенской области на +1,6%. Существенная убыль акушерок наблюдалась в данном году в Ошской области на -12,8%, Иссык-Кульской области на -8,7%, Чуйской области на -5,5%, г. Ош на -4,0%, нулевой прирост в Таласской области. В 2018 году при отрицательном показателе в республике прирост выявлен в Чуйской области на +11,7%, г. Бишкек на +10,5%, Иссык-Кульской области на +4,7%. Снижение обеспеченности акушерками наблюдалось в Таласской области на -26,4%, Ошской области на -8,2%, Нарынской области на -6,2%, Баткенской области на -4,8%, г. Ош на -4,2%. В 2019 году при тенденции снижения обеспеченности акушерками по республике отмечался прирост в Таласской области на +12,0% и Ошской области на +3,5%, в других регионах тенденция снижения.

Таблица 3.1.1 – Динамика обеспеченности акушерками организаций здравоохранения Кыргызской Республики

№ пп	Регион	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р
1	Баткенская	292	5,9	306	6,1	320	6,2	312	5,9	299	5,6	230	4,2	285	5,1
	темп прироста	-	-	-	+3,3	-	+1,6	-	-4,8	-	-5,0	-	-25,0	-	+21,4
2	Джалал-Абадская	500	4,4	504	4,3	549	4,6	553	4,6	487	3,9	463	3,7	433	3,4
	темп прироста	-	-	-	-2,2	-	+6,9	-	0	-	-15,2	-	-5,1	-	-8,1
3	Иссык-Кульская	118	2,5	109	2,3	103	2,1	107	2,2	104	2,1	108	2,2	83	1,6
	темп прироста	-	-	-	-8,0	-	-8,7	-	+4,7	-	-4,5	-	+4,7	-	-27,2
4	Нарынская	90	3,2	85	3,0	91	3,2	86	3,0	88	3,0	56	1,9	69	2,3
	темп прироста	-	-	-	-6,2	-	+6,6	-	-6,2	-	0	-	-36,6	-	+21,0
5	Ошская	777	6,2	901	7,0	806	6,1	756	5,6	797	5,8	757	5,4	698	4,9
	темп прироста	-	-	-	+12,9	-	-12,8	-	-8,2	-	+3,5	-	-6,8	-	-9,2
6	Таласская	89	3,5	86	3,4	87	3,4	67	2,5	74	2,8	77	2,8	100	3,6
	темп прироста	-	-	-	-2,8	-	0	-	-26,4	-	+12,0	-	0	-	+28,5
7	Чуйская	162	1,8	164	1,8	160	1,7	176	1,9	159	1,7	161	1,7	157	1,6
	темп прироста	-	-	-	0	-	-5,5	-	+11,7	-	-10,5	-	0	-	-5,8
8	г. Бишкек	206	2,1	198	2,0	195	1,9	215	2,1	212	2,0	220	2,0	203	1,8
	темп прироста	-	-	-	-4,7	-	-5,0	-	+10,5	-	-4,7	-	0	-	-10,0
9	г. Ош	130	4,7	139	4,9	135	4,7	136	4,5	116	3,7	120	3,7	106	3,2
	темп прироста	-	-	-	+4,2	-	-4,0	-	-4,2	-	-17,7	-	0	-	-13,5
10	Респ. учреждения	45	0,7	63	1,0	83	1,3	81	1,2	92	1,4	94	1,4	85	1,2
	темп прироста	-	-	-	+42,8	-	+30,0	-	-7,7	-	+16,6	-	0	-	-14,2
11	Кыргызская Республика	2409	4,0	2555	4,2	2529	4,0	2489	3,9	2428	3,7	2286	3,4	2219	3,3
	темп прироста	-	-	-	+5,0	-	-4,7	-	-2,5	-	-5,1	-	-8,1	-	-2,9

В г. Ош на -17,7%, Джалал-Абадской области на -15,2%, Чуйской области на -10,5%, Баткенской области на -5,0%, г. Бишкек на -4,7%, Иссык-Кульской области на -4,5%, нулевой прирост в Нарынской области. В 2020 году тенденция убыли показателя наблюдалась как по республике в целом, так и в большинстве, за исключением прироста по Иссык-Кульской области (+4,7%) и нулевого прироста в Таласской, Чуйской областям и гг. Бишкек и Ош. Убыль составила по Баткенской -25,0%, Джалал-Абадской -5,1%, Нарынской -36,6%, Ошской областям -6,8%. В 2021 году в целом по республике обеспеченность акушерками снизилась на -2,9%, как и в Джалал-Абадской области на -8,1%, Иссык-Кульской области на -27,2%, Ошской области на -9,2%, Чуйской на -5,8%, г. Бишкек на -10,0%, г. Ош на -13,5%, увеличилась в Баткенской области на +21,4%, Нарынской области на +21,0%, Таласской области на +28,5%.

Большой интерес представляет анализ обеспеченности акушерками по областям республики [7]. В Баткенской области в 2016, 2017 и 2021 годы обеспеченность акушерками имела положительную динамику, прирост на +3,3%, +1,6%, +21,4%, соответственно, но с 2018 года наблюдается отрицательная тенденция (-4,8% и -5,0%, соответственно). В организациях здравоохранения Джалал-Абадской области, оказывающих акушерскую помощь, в основном наблюдалась тенденция снижения обеспеченности на -2,2% в 2016 году, -15,2% в 2019 году, -5,1% в 2020 году, -8,1% в 2021 году, нулевой прирост в 2018 году и только увеличение в 2017 году на +6,9%. Обеспеченность акушерками в Иссык-Кульской области в основном имела динамику снижения в 2016, 2017, 2019 и 2021 годы (-8,0%, -8,7%, -4,5%, -27,2%, соответственно), за исключением 2018 и 2020 годов (+4,7%, соответственно). В Нарынской области показатель снижался в 2016, 2018, 2020 годы на -6,2%, -6,2%, -36,6%, соответственно, нулевой прирост в 2019 году и увеличился в 2017 и 2021 годы на +6,6%, +21,0%, соответственно. Прирост обеспеченности акушерками в Ошской области отмечался в 2016 и 2019 годы на +12,9% и +3,5%, убыль в 2017-2018 и 2020-2021 годы на -12,8%, -8,2%, -6,8%, -9,2%, соответственно. В Таласской области в основном наблюдалось

снижение показателя в 2016 (-2,8%), 2018 годы (-26,4%), нулевой прирост в 2017 и 2020 годы, прирост в 2019 и 2021 годы (+12,0% и +28,5%, соответственно). Обеспеченность акушерками в Чуйской области имела нулевой прирост в 2016 и 2020 годы, в последующем наблюдалось снижение на -5,5% в 2017 году, на -10,5% в 2019 году, на -5,8% в 2021 году и лишь в 2018 году увеличение на +11,7%.

В динамике обеспеченность акушерками г. Бишкек в основном имела тенденцию снижения в 2016, 2017, 2019, 2021 годы (-4,7%, -5,0%, -4,7%, -10,0%), за исключением 2018 года (+10,5%), нулевой прирост в 2020 году. В г. Ош положительный прирост в 2016 году (+4,2%), в последующем имел тенденцию убыли 2017-2019 и 2021 годы (-4,0%, -4,2%, -17,7%, -13,5%, соответственно), нулевой прирост в 2020 годы. В Республиканских учреждениях отмечается положительная тенденция прироста обеспеченности акушерками в 2016, 2017, 2019 годы на +40,0%, +34,7%, +13,5%, соответственно, нулевой прирост в 2020 году и убыль в 2018, 2021 годы на -2,4%, -14,2%, соответственно.

В обеспеченности фельдшерами организаций здравоохранения республики с 2015 по 2017 годы наблюдалась стабильная динамика, но начиная с 2018 по 2021 годы убыль на -3,8%, -12,0%, -9,0% и -10,0%, соответственно (таблица 3.1.2).

В 2017 году наибольший прирост показателя наблюдался в г. Ош на +17,6%, на +9,5% в Баткенской области, +6,0% в Ошской области, +4,0% в Нарынской области и +3,0% в Таласской области. Убыль отмечалась на -8,7% в организациях здравоохранения Чуйской области, -8,0% в Джалал-Абадской области, -5,0% в г. Бишкек и нулевой прирост в Иссык-Кульской области. В 2017 году во всех областях республики выявлено снижение обеспеченности фельдшерами, кроме Джалал-Абадской области (+4,3%). Так, в Иссык-Кульской на -19,0%, Нарынской на -1,9%, Ошской на -2,8%, Таласской на -6,2%, Чуйской областях на -4,7%, нулевой прирост в городах Бишкек и Ош.

Таблица 3.1.2 – Динамика обеспеченности фельдшерами организаций здравоохранения Кыргызской Республики

№ пп	Регион	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р
1	Баткенская	104	2,1	118	2,3	120	2,3	137	2,6	132	2,5	104	1,9	120	2,1
	темп прироста	-	-	-	+9,5	-	0	-	+13,0	-	-3,8	-	-24,0	-	+10,5
2	Джалал-Абадская	284	2,5	271	2,3	286	2,4	255	2,1	225	1,8	221	1,8	180	1,4
	темп прироста	-	-	-	-8,0	-	+4,3	-	-12,5	-	-14,2	-	0	-	-22,2
3	Иссык-Кульская	98	2,1	99	2,1	81	1,7	70	1,4	51	1,0	59	1,2	59	1,2
	темп прироста	-	-	-	0	-	-19,0	-	-17,6	-	-28,5	-	+20,0	-	0
4	Нарынская	136	4,9	142	5,1	143	5,0	150	5,2	146	5,0	133	4,6	102	3,5
	темп прироста	-	-	-	+4,0	-	-1,9	-	+4,0	-	-3,8	-	-8,0	-	-23,9
5	Ошская	410	3,3	448	3,5	445	3,4	425	3,2	319	2,3	276	2,0	252	1,8
	темп прироста	-	-	-	+6,0	-	-2,8	-	-5,8	-	-28,1	-	-13,0	-	-10,0
6	Таласская	84	3,3	82	3,2	78	3,0	76	2,9	70	2,6	68	2,5	71	2,6
	темп прироста	-	-	-	+3,0	-	-6,2	-	-3,3	-	-10,3	-	-3,8	-	+4,0
7	Чуйская	205	2,3	189	2,1	182	2,0	210	2,2	218	2,3	174	1,8	172	1,7
	темп прироста	-	-	-	-8,7	-	-4,7	-	+10,0	-	+4,5	-	-21,7	-	-5,5
8	г. Бишкек	194	2,0	188	1,9	187	1,9	198	1,9	215	2,0	198	1,8	184	1,7
	темп прироста	-	-	-	-5,0	-	0	-	0	-	+5,2	-	-10,0	-	-5,5
9	г. Ош	47	1,7	56	2,0	58	2,0	55	1,8	52	1,7	56	1,7	52	1,6
	темп прироста	-	-	-	+17,6	-	0	-	-10,0	-	-5,5	-	0	-	-5,8
10	Респ. учреждения	19	-	19	-	20	-	22	-	22	-	18	-	20	-
	темп прироста		-	0	-	+5,2	-	+10,0	-	0	-	-18,1	-	+11,1	-
11	Кыргызская Республика	1581	2,6	1612	2,6	1600	2,6	1598	2,5	1450	2,2	1307	2,0	1212	1,8
	темп прироста	-	-	-	0	-	0	-	-3,8	-	-12,0	-	-9,0	-	-10,0

Тенденция прироста показателя в 2018 году отмечалась в Баткенской на +13,0%, Чуйской на +10,0% и Нарынской на +4,0%, убыль в Иссык-Кульской на -17,6%, Джалал-Абадской областям на -12,5%, г. Ош на -10,0%, Ошской на -5,8%, Таласской областям на -3,3%, нулевой прирост в г. Ош. В 2019 году обеспеченность фельдшерами увеличилась только в Чуйской области на +4,5% и г. Бишкек на +5,2%, в других областях снижалась. Так, значительное снижение числа фельдшеров выявлено в Иссык-Кульской области на -28,5%, Ошской области на -28,1%, Джалал-Абадской области на -14,2%, Таласской области на -10,3%, в Баткенской и Нарынской областях снизилось на -3,8%, соответственно, и г. Ош на -5,5%. В 2020 году характерное снижение по республике на -9,0%, отразилось и по регионам. Максимальная убыль по Баткенской области составила -24,0 %, Чуйской -21,7%, Ошской областям -13,0%, г. Бишкек -10,0%, Нарынской области -8,0%, Таласской области -3,8%. Нулевой прирост по Джалал-Абадской области, г. Ош, лишь по Иссык-Кульской области был прирост фельдшеров на +20,0%. Снизилась обеспеченность фельдшерами и республиканских учреждений на -18,1%. В 2021 году еще меньше фельдшеров стало в Нарынской области (-23,9%) и по республике (-10,0%), а сохранилась тенденция снижения, но с меньшим размахом в Ошской (-10,0%), Чуйской областям (-5,5%), г. Бишкек (-5,5%). Стабильная ситуация сменилась убылью фельдшеров в Джалал-Абадской области (-22,2%) и в г. Ош (-5,8%). В Баткенской области тенденция снижения в 2019 и 2020 годы перешла в тенденцию прироста на +10,5% в 2021 году. Аналогичная картина наблюдалась и в республиканских учреждениях, прирост составил +11,1% в 2021 году. Стабильная обеспеченность фельдшерами выявлена в Иссык-Кульской области в 2020-2021 годы. В Баткенской области за период наблюдения в динамике наблюдалось увеличение обеспеченности фельдшерами в 2016 году на +9,5%, нулевой прирост в 2017 году, в 2018 и 2021 году прирост на +13,0% и +10,5%, снижение вновь в 2019 и 2020 годы на -3,8% и -24,0%. Для Джалал-Абадской области характерно снижение числа фельдшеров по годам (-8,0%, -12,5%, -14,2%, -22,2%, соответственно), за

исключением 2017 года (+4,3%) и 2020 года (нулевой прирост). В Иссык-Кульской области нулевой прирост обеспеченности фельдшерами в 2016 году сменился стабильной тенденцией убыли в последующие годы (-19,0%, -17,6% и -28,5%, соответственно), но в 2020 году прирост составил +20,0% с нулевым приростом в 2021 году. Иная ситуация сложилась в Нарынской области, увеличение числа фельдшеров отмечалось в 2016 (+4,0%) и 2018 годы (+4,0%), затем наблюдалось стойкое снижение в 2017 (-1,9%), 2019 (-3,8%), 2020 (-8,0%) и 2021 году (-23,9%). В Ошской области прирост обеспеченности фельдшерами наблюдался только в 2016 году на +6,0%, в остальные годы характерная убыль на -2,8%, -5,8%, -28,1%, -13,0% и -10,0%, соответственно. Аналогичное состояние с обеспеченностью фельдшерами отмечалась в Таласской области. Незначительное увеличение числа фельдшеров в 2016 (+3,0%) и 2021 годы (+4,0%), при этом отрицательная динамика с 2017 по 2020 годы на -6,2%, -3,3%, -10,3% и -3,8%, соответственно. Позитивным моментом можно отметить ситуацию в Чуйской области, где снижение показателя в 2016 (-8,7%) и 2017 годы (-4,7%) сменяется его ростом в 2018 (+10,0%) и 2019 годы (+4,5%), но вновь снижается обеспеченность на -21,7% в 2020 году и на -5,5% в 2021 году. В г. Бишкек убыль показателя выявлена в 2016 году на -5,0%, в 2017 и 2018 годы – нулевой прирост, в 2019 году прирост на +5,2%, затем снижается число фельдшеров на -10,0% в 2020 году и -5,5% в 2021 году. В г. Ош обеспеченность фельдшерами имела тенденцию роста в 2016 году на +17,6%, 2017 и 2020 году – нулевой прирост и снижение в 2018, 2019 и 2021 годы на -10,0%, -5,5% и -5,8%, соответственно. В Республиканских учреждениях в числе фельдшеров наблюдалась динамика увеличения в 2017 (+5,2%), 2018 (+10,0%) и 2021 годы (+11,1%), нулевой прирост в 2016 и 2019 годы.

Анализ динамики обеспеченности медицинскими сестрами организаций здравоохранения республики (таблица 3.1.3) показал стабильное возрастающее снижение по годам (-0,2%, -1,2%, -1,4% и -2,4%, нулевой прирост, -2,5%, соответственно) [7].

Таблица 3.1.3 – Динамика обеспеченности медицинскими сестрами организаций здравоохранения Кыргызской Республики

№ пп	Регион	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р
1	Баткенская	2861	58,1	2999	59,6	3075	59,9	3060	58,3	3045	56,7	3122	56,9	3028	54,2
	темп прироста	-	-	-	+2,5	-	+0,5	-	-2,6	-	-2,7	-	+0,3	-	-4,7
2	Джалал-Абадская	4458	38,9	4550	38,9	4557	38,3	4639	38,2	4683	37,8	4823	38,3	4755	37,1
	темп прироста	-	-	-	0	-	-1,5	-	-0,2	-	-1,0	-	+1,3	-	-3,1
3	Иссык-Кульская	1525	32,4	1563	32,8	1566	32,4	1615	33,0	1646	33,2	1668	33,2	1645	32,5
	темп прироста	-	-	-	+1,2	-	-1,2	-	+1,8	-	+0,6	-	0	-	-2,1
4	Нарынская	1051	37,9	1072	38,1	1078	38,0	1090	38,0	1067	36,8	1094	37,4	11,2	37,4
	темп прироста	-	-	-	+0,5	-	-0,2	-	0	-	-3,1	-	+1,6	-	0
5	Ошская	6550	44,1	5818	42,9	5619	42,8	5536	41,3	5469	40,0	5503	39,5	5562	39,3
	темп прироста	-	-	-	-2,7	-	-0,2	-	-3,5	-	-3,1	-	-1,2	-	-0,5
6	Таласская	917	36,5	929	36,4	925	35,7	943	35,8	943	35,3	962	35,5	952	34,7
	темп прироста	-	-	-	-0,2	-	-1,9	-	+0,2	-	-1,4	-	+0,5	-	-2,2
7	Чуйская	2191	24,7	2234	24,7	2236	24,3	2261	24,0	2277	23,7	2265	23,2	2309	23,4
	темп прироста	-	-	-	0	-	-1,6	-	-1,2	-	-1,2	-	-2,1	-	+0,8
8	г. Бишкек	2572	26,8	2631	26,8	2628	26,2	2605	25,4	2663	25,3	2648	24,7	2611	23,8
	темп прироста	-	-	-	0	-	-2,2	-	-3,0	-	-0,4	-	-2,33	-	-3,6
9	г. Ош	1127	40,9	1162	41,2	1168	40,4	1213	40,5	1224	39,2	1206	37,4	1184	35,5
	темп прироста	-	-	-	+0,7	-	-1,9	-	+0,2	-	-3,2	-	-4,6	-	-5,0
10	Респ. учреждения	2678	-	2696	-	2645	-	2721	-	2580	-	2724	-	2657	-
	темп прироста	-	-	+0,6	-	-1,9	-	+2,8	-	-5,1	-	-	0	-	0
11	Кыргызская Республика	24930	41,4	25354	41,3	25497	40,8	25683	40,2	25597	39,2	26015	38,2	25805	38,2
	темп прироста	-	-	-	-0,2	-	-1,2	-	-1,4	-	-2,4	-0	-	-	-2,5

В 2016 году показатель имел тенденцию незначительного прироста в Баткенской области на +2,5%, Иссык-Кульской области на +1,2%, Нарынской области на +0,5% и г. Ош на +0,7%, убыли в Ошской области на -2,7%, Таласской области на -0,2%. При этом, нулевой прирост отмечен в Джалал-Абадской, Чуйской областях и г. Бишкек. В 2017 году во всех областях республики отмечается незначительное снижение числа медицинских сестер (-1,5%, -1,2%, -0,2%, -0,2%, -1,9%, -1,6%, -2,2%, -1,9%, соответственно), кроме Баткенской области (+0,5%). В 2018 году увеличение обеспеченности медицинскими сестрами наблюдалось в Иссык-Кульской области на +1,8%, Таласской области и г. Ош на +0,2%, соответственно, снижение в Баткенской области на -2,6%, Джалал-Абадской области на -0,2%, Ошской области на -3,5%, Чуйской области на -1,2%, г. Бишкек на -3,0%, нулевой прирост в Нарынской области. К 2020 году ситуация несколько улучшилась, прирост числа медицинских сестер наблюдался по Баткенской области на +0,3%, Джалал-Абадской области на +11,3%, Нарынской области на +1,6%, Таласской области на +0,5%, нулевой прирост в Иссык-Кульской области, республиканских учреждениях и в целом по республике. Снижение показателя продолжалось в Ошской на -1,2% Чуйской областях на -2,1% и двух городах на -2,3% и -4,6%, соответственно [7].

В 2021 году обеспеченность медицинскими сестрами меняется коренным образом с характерной отрицательной динамикой за исключением Чуйской области, где прирост составил +0,8%. По республиканским учреждениям и учреждениям Нарынской области наблюдался нулевой прирост. Убыль обеспеченности медицинскими сестрами наблюдался в организациях здравоохранения Баткенской области на -4,7%, Джалал-Абадской области на -3,1%, Иссык-Кульской области на -2,1%, Ошской области на -0,5%, Таласской области на -2,2%, г. Бишкек на -3,6%, г. Ош на -5,0% и по республике в целом на -2,5%. Следует отметить, что для некоторых областей характерна тенденция стойкого снижения обеспеченности медицинскими сестрами организаций здравоохранения по годам по республике, Ошской области и г. Бишкек.

В Баткенской области увеличение числа медицинских сестер отмечалось в 2016 (+2,5%), 2017 годы (+0,5%) и 2020 году (+0,3%), снижение в последующие годы на -2,6%, -2,7% и -4,7%, соответственно. По Джалал-Абадской области убыль показателя была характерна во все годы (0, -1,5%, -0,2%, -1,0%, -3,1%, соответственно), кроме 2020 года (+1,3%). В Иссык-Кульской области во все годы обеспеченность медицинскими сестрами имела тенденцию незначительного прироста (+1,2%, +1,8%, +0,6%), кроме 2017 года (-1,2%) и 2021 года (-2,1%), нулевой прирост в 2020 году. В Нарынской области в 2016 и 2020 годы наблюдалось увеличение обеспеченности медицинскими сестрами на +0,5% и +1,6%, в 2017 и 2019 годы снижение на -0,2% и -3,1%, соответственно, 2018 и 2021 годы – нулевой прирост. В Таласской области снижение показателя по годам на -0,2%, -1,9%, -1,4% и -2,2%, соответственно, за исключением 2018 и 2020 года (+0,2%, +0,5%). По Чуйской области отрицательная динамика показателя во все годы (0, -1,6%, -1,2%, -1,2%, -2,1%, соответственно) сменилась незначительным приростом в 2021 году (+0,8%). В г. Ош прирост обеспеченности медицинскими сестрами наблюдался в 2016 (+0,7%) и 2018 годы (+0,2%), убыль в 2017 (-1,9%), 2019 (-3,2%), 2020 (-4,6%) и 2021 годы (-5,0%). В Республиканских учреждениях выявлена тенденция роста числа медицинских сестер в 2016 и 2018 годы на +0,6% и +2,8%, снижения в 2017 и 2019 годы на -1,9% и -5,1%, соответственно, нулевой прирост в 2020 и 2021 годы.

Таким образом, обеспеченность организаций здравоохранения республике медицинскими сестрами имела тенденцию снижения во все годы, по областям в основном наблюдалось снижение, за исключением 2016 и 2020 годов [7].

В обеспеченности средним медицинским персоналом организаций здравоохранения республики во все годы наблюдалась стабильная динамика убыли на -0,1%, -1,0%, -2,0%, -3,5%, -0,6% и -3,7%, соответственно (таблица 3.1.4).

Таблица 3.1.4 – Динамика обеспеченности средним медицинским персоналом организаций здравоохранения Кыргызской Республики

№ пп	Регион	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р	абс. число	Р
1	Баткенская	3599	73,1	3789	75,3	3873	75,4	3893	74,1	3836	71,4	3925	71,6	3787	67,8
	темп прироста	-	-	-	+3,0	-	+0,1	-	-1,7	-	0	-	+0,2	-	-5,3
2	Джалал-Абадская	5972	52,1	6053	51,8	6129	51,5	6155	50,7	6151	49,7	6283	49,8	6062	47,3
	темп прироста	-	-	-	-0,5	-	-0,5	-	-1,5	-	-1,9	-	+0,2	-	-5,0
3	Иссык-Кульская	2090	44,5	2105	44,2	2096	43,4	2124	43,4	2109	42,5	2147	42,8	2111	41,7
	темп прироста	-	-	-	-0,6	-	-1,8	-	0	-	-1,0	-	+0,7	-	-2,5
4	Нарынская	1493	53,8	1515	53,9	1530	53,9	1540	53,6	1499	51,8	1508	51,6	1543	52,4
	темп прироста	-	-	-	+0,1	-	0	-	-0,5	-	-3,3	-	-0,3	-	+1,5
5	Ошская	7525	59,7	7646	59,4	7772	59,1	7652	57,0	7345	53,7	7249	52,1	7212	51,0
	темп прироста	-	-	-	-0,5	-	-0,5	-	-3,5	-	-5,8	-	-3,0	-	-2,1
6	Таласская	1277	50,8	1280	50,2	1275	49,2	1261	47,9	1237	46,3	1253	46,2	1236	45,1
	темп прироста	-	-	-	-1,1	-	-2,0	-	-2,6	-	-3,3	-	-0,2	-	-2,3
7	Чуйская	3129	35,3	3152	34,8	3158	34,3	3178	33,8	3141	32,7	3111	31,9	3150	32,0
	темп прироста	-	-	-	-1,4	-	-1,4	-	-1,4	-	-3,2	-	-2,4	-	+0,3
8	г. Бишкек	3483	36,3	3521	35,9	3505	35,0	3494	34,0	3539	33,6	3569	33,2	3449	31,4
	темп прироста	-	-	-	-1,1	-	-2,5	-	-5,3	-	-2,8	-	-1,2	-	-5,4
9	г. Ош	1484	53,8	1500	53,2	1517	52,5	1543	51,5	1529	48,9	1523	47,3	1475	44,2
	темп прироста	-	-	-	-1,1	-	-1,3	-	-1,9	-	-5,0	-	-3,2	-	-6,5
10	Респ. учреждения	3135	-	3227	-	3178	-	3244	-	3132	-	3313	-	3227	-
	темп прироста	-	-	+2,9	-	-1,5	-	+2,0	-	-3,4	-	+5,8	-	-2,6	-
11	Кырг. Республика	33187	55,1	33788	55,0	34033	54,4	34084	53,3	33518	51,4	33881	51,1	32212	49,2
	темп прироста	-	-	-	-0,1	-	-1,0	-	-2,0	-	-3,5	-	-0,6	-	-3,7

В 2016 году прирост показателя наблюдался лишь в Нарынской области на +0,1% и Баткенской области на +3,0%, по другим областям и городам убыль в Джалал-Абадской области на -0,5%, Иссык-Кульской области на -0,6%, Ошской области на -0,5%, Таласской области на -1,1%, Чуйской области на -1,4%, г. Бишкек на -1,1%, г. Ош на -1,1%. В 2017 году прирост показателя наблюдался только по Баткенской области на +0,1%, стабильность обеспеченности средним медицинским персоналом отмечалась только по Нарынской области, убыль осталась на прежнем уровне в Джалал-Абадской области (-0,5%), Ошской области (-0,5%), Чуйской области (-1,4%), на -1,8% в Иссык-Кульской области, -2,0% в Таласской области, -2,5% в г. Бишкек, -1,3% в г. Ош. В 2018 (-1,7%, -1,5%, нулевой прирост, -0,5%, -3,5%, -2,6%, -1,4%, -5,3%, -1,9%, соответственно) и 2019 годы (нулевой прирост, -1,9%, -1,0%, -3,3%, -5,8%, -3,3%, -3,2%, -2,8%, -5,0%, соответственно) во всех областях республики выявлено снижение обеспеченности средним медицинским персоналом организаций здравоохранения. В 2020 году картина обеспеченности средним медицинским персоналом организаций здравоохранения изменилась. Увеличение показателя отмечалось по Баткенской (+0,2%), Джалал-Абадской (+0,2%) и Иссык-Кульской областям (+0,7%). По другим областям число среднего медицинского персонала на 10000 населения снизилось, но также с характерной тенденцией убыли. Так, в Нарынской области на -0,3%, Ошской на -3,0%, Таласской на -0,2%, Чуйской на -2,4%, в г. Бишкек на -1,2% и Ош на -3,2%. В 2021 году ситуация вновь изменилась и увеличение показателя в данном году выявлено в Нарынской и Чуйской областях на +1,5% и +0,3%, соответственно. Снижение отмечено в Баткенской области на -5,3%, Джалал-Абадской области (-5,0%), Иссык-Кульской на -2,5%, Ошской области на -2,1%, Таласской области на -2,3% Бишкек на -5,4%, г. Ош на -6,5%. В республиканских организациях здравоохранения обеспеченность средним медицинским персоналом имела четкую волнообразную динамику: +2,9% в 2016 году, -1,5% в 2017 году, +2,0% в 2018 году, -3,4% в 2019 году, +5,8% в 2020 году и -2,6% в 2021 году.

Таким образом, в обеспеченности организаций здравоохранения средним медицинским персоналом, как по республике, так и по областям сложилась тенденция убыли в рассматриваемые годы.

3.2 Укомплектованность средними медицинскими работниками

Динамика укомплектованности средними медицинскими работниками ЦСМ по регионам КР представлена в таблице 3.2.1. Укомплектованность первичного уровня системы здравоохранения средними медицинскими работниками имела тенденция снижения на -0,1% в 2016 году, -1,6% в 2018 году, -1,4% в 2019 году, -0,5% в 2020 году и максимальное снижение в 2021 году на -10,2%, нулевой прирост был в 2017 году. При этом, укомплектованность была высокой от 93,0% до 96,6% в изучаемые годы, кроме 2021 года (83,5%). В Баткенской области в укомплектованности ЦСМ специалистами среднего звена наблюдалась нестабильная динамика, проявляющаяся в приросте фактической численности средних медработников в 2017 году на +0,2%, 2020 году на +0,4% и убыли в 2016 году на -0,7%, 2018 году на -0,2%, 2019 году на -0,6% и максимальная убыль в 2021 году на -7,1%. Но, следует отметить высокую укомплектованность от 98,5% до 91,1% в различные годы. По Иссык-Кульской области ЦСМ укомплектованы средним медицинским персоналом в 2015-2020 годы на уровне от 99,1% до 92,4%, а в 2021 году на 78,5%. Увеличение показателя в динамике наблюдалось лишь в 2018-2019 годы на +0,3% и +4,5%, соответственно, снижение на -1,7% в 2016 году, -2,2% в 2017 году, -6,7% в 2020 году и максимальное снижение в 2021 году на -15,0%. Самая высокая укомплектованность средним медицинским персоналом выявлена по ЦСМ Нарынской области от 100,0% до 99,9% в 2015-2020 годы, лишь в 2021 году показатель составил 83,3%, что по сравнению с другими областями и двумя городами является одним из высоких показателей.

Таблица 3.2.1 – Динамика укомплектованности средними медицинскими работниками ЦСМ по регионам КР

№ пп	Регион (область/город)	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)
1	КР	96,6	-	96,5	-0,1	96,5	0	94,9	-1,6	93,5	-1,4	93,0	-0,5	83,5	-10,2
2	Баткенская	97,6	-	98,3	-0,7	98,5	+0,2	98,3	0,2	97,7	-0,6	98,1	+0,4	91,1	-7,1
3	Иссык-Кульская	98,4	-	96,7	-1,7	94,5	-2,2	94,8	+0,3	99,1	+4,5	92,4	-6,7	78,5	-15,0
4	Нарынская	99,7	-	100,0	+0,3	99,5	-0,5	99,8	+0,3	99,9	+0,1	99,6	-0,3	83,3	-16,3
5	Ошская	96,4	-	94,8	-1,6	95,0	+0,2	89,8	-5,4	95,7	+6,5	93,7	-2,1	73,4	-21,6
6	Таласская	95,8	-	97,2	+1,4	96,2	-1,0	96,4	+0,2	97,6	+1,2	98,3	+0,7	69,9	-28,9
7	Чуйская	95,4	-	95,0	-0,4	94,6	-0,4	91,2	-3,6	81,5	-10,6	83,8	+2,8	68,3	-18,5
8	Джалал- Абадская	98,4	-	98,5	+0,1	97,8	-0,7	97,9	+0,1	97,0	-0,9	96,0	-1,0	83,9	-12,6
9	г. Бишкек	100,0	-	100,0	0	100,0	0	99,8	-0,2	95,7	-4,1	95,5	-0,2	94,3	-1,2
10	г. Ош	84,1	-	82,7	-1,6	80,4	-2,8	87,1	+8,3	86,0	-1,2	82,3	4,3	85,0	+3,2

Примечание: Тп – темп прироста (%).

Незначительный прирост отмечался в 2016 году на +0,3%, 2018 году на +0,3% и 2019 году на +0,1%, убыль в 2017 году на -0,5%, 2020 году на -0,3% и максимальная убыль в 2021 году на -16,3%. В ЦСМ Ошской области в основном показатель был выше 90,0%, лишь в 2018 и 2021 годы укомплектованность составила 89,8% и 73,4%, соответственно. В основном отмечалась тенденция снижения на -1,6% в 2016 году, -5,4% в 2018 году, -2,1% в 2020 году и значительная убыль в 2021 году на -21,6%. Только в 2017 и 2019 годы прирост составил +0,2% и +6,5%, соответственно. В Таласской области увеличение укомплектованности в 2016 году произошло на +1,4%, в 2017 году снизилась на -1,0%, начиная с 2018 года три года наблюдался прирост показателя на +0,2%, +1,2%, +0,7% и резкое снижение фактической численности средних медработников в 2021 году на -28,9%. В укомплектованности организаций здравоохранения первичного уровня Чуйской области специалистами среднего звена выявлена тенденция постепенного снижения на -0,4%, -0,4%, -3,6%, -10,6%, соответственно, до 2020 года, в 2020 году увеличение на +2,8% сменилось резкой убылью на -18,5%. Высокая укомплектованность ЦСМ средними медицинскими работниками наблюдалась по Джалал-Абадской области с волнообразной незначительной динамикой. Прирост был в 2016 и 2018 годы на +0,1%, соответственно, убыль в 2017 году на -0,7%, 2019 году на -0,9%, 2020 году на -1,0% и 2021 году на 12,6%. Высокая стабильная укомплектованность выявлена по г. Бишкек. С 2015 по 2017 годы укомплектованность средними медицинскими работниками ЦСМ была 100,0 с нулевым приростом. В остальные годы, несмотря на высокие показатели незначительное снижение составило -0,2%, -4,1%, -0,2% и -1,2% по годам, соответственно. Самая низкая фактическая численность средних медработников выявлена в ЦСМ г. Ош от 80,4% до 87,1% в различные годы. Снижение показателя составило в 2016 году на -1,6%, 2017 году на -2,8%, 2019 году на 1,2%, 2020 году на -4,3%, увеличение было только в 2018 году на +8,3% и 2021 году на +3,2%.

Таким образом, по всем областям республики и г. Бишкек в период с 2015 по 2021 годы выявлена высокая укомплектованность ЦСМ средними медицинскими работниками, за исключением Ошской области в 2018 и 2021 году, в 2019-2020 годы в Чуйской области, в 2021 году Иссык-Кульской, Нарынской, Таласской, Джалал-Абадской областей. По г. Ош во все годы наблюдалась низкая укомплектованность средними медицинскими работниками.

С помощью *коэффициента совместительства* проводится анализ загруженности медицинского персонала в организации здравоохранения, отдельных подразделений и категорий медицинских работников. В норме показатель не должен превышать 1,4. Это означает, что уровень показателя совместительства высокий, не требующий принятия каких-либо мер. Коэффициент совместительства больше 1,5, свидетельствует о неудовлетворительной ситуации, в частности о высокой нагрузке медицинского персонала, приводящей к снижению качества работы.

Анализ коэффициента совместительства средними медицинскими работниками в ЦСМ показал, что в целом по республике в динамике показатель был стабильным на уровне 1,2 во все годы, кроме 2021 года, когда показатель равнялся 1,3 при темпе прироста +8,3% (таблица 3.2.2).

В ЦСМ Баткенской и Нарынской областях с 2015 по 2020 годы наблюдалась стабильность и постоянство коэффициента, равное 1,0, за исключением 2021 года (1,1 и 1,4), прирост в этот год составил +10,0% и +40,0%, соответственно. В Ошской и Джалал-Абадской областях коэффициента совместительства средними медицинскими работниками составлял 1,1 во все годы, исключением в данных областях был 2021 год (1,2 и 1,4) и темп прироста на +10,0% и +27,3%, соответственно. В Иссык-Кульской области показатель в разные годы составлял 1,1-1,0, но убыль в 2017 году наблюдалась на -9,1%, прирост в 2019 году на +10,0%, при этом в 2021 году коэффициент увеличился на +9,1% при показателе – 1,2.

Таблица 3.2.2 – Коэффициента совместительства средними медицинскими работниками в ЦСМ по регионам КР в динамике

№ пп	Регион (область/город)	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)
1	КР	1,2	-	1,2	0	1,2	0	1,2	0	1,2	0	1,2	0	1,3	+8,3
2	Баткенская	1,0	-	1,0	0	1,0	0	1,0	0	1,0	0	1,0	0	1,1	+10,0
3	Иссык-Кульская	1,1	-	1,1	0	1,0	-9,1	1,0	0	1,1	+10,0	1,1	0	1,2	+9,1
4	Нарынская	1,0	-	1,0	0	1,0	0	1,0	0	1,0	0	1,0	0	1,4	+40,0
5	Ошская	1,1	-	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,2	+10,0
6	Таласская	1,0	-	1,1	+10,0	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,4	+27,2
7	Чуйская	1,1	-	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,2	+9,0	1,2	0	1,3	+8,3
8	Джалал-Абадская	1,1	-	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,1	0	1,4	+27,3
9	г. Бишкек	1,7	-	1,6	-5,9	1,4	-12,5	1,6	+14,2	1,5	-6,2	1,5	0	1,3	-13,3
10	г. Ош	1,2	-	1,2	0	1,0	-16,6	1,1	+10,0	1,1	0	1,2	+9,1	1,0	-16,6

Примечание: Тп – темп прироста (%).

Аналогичная ситуация складывалась и ЦСМ Таласской области, при этом увеличение показателя отмечалось в 2016 году на +10,0% и %, 2021 году на +27,2% (коэффициент совместительства - 1,4). Стабильность коэффициента наблюдалась с 2015 по 2018 годы (1,1), начиная с 2019 года (1,2) показатель увеличился на +9,0%, составляя 1,2 и в 2020 году, далее в 2021 году (1,3) прирост составил +8,3%. По г. Бишкек показатель был выше значения 1,1, находясь в пределах от 1,3 до 1,7. Убыль в 2016 году наблюдалась на -5,9%, 2017 году на -12,5%, 2019 году на -6,2%, 2021 году на -13,3%, прирост только в 2018 году на +14,2%. В ЦСМ г. Ош снижение отмечалось в 2017 и 2021 годы на -16,6%, соответственно, увеличение в 2018 и 2020 годы на +10,0% и +9,1%, соответственно, нулевой прирост в 2016 и 2019 годы.

Таким образом, по регионам республики в основном наблюдалась стабильность коэффициента совместительства средними медицинскими работниками в ЦСМ, за исключением городов Бишкек и Ош. В 2021 году выявлен положительный прирост, за исключением городов Бишкек и Ош.

Анализ кадрового обеспечения ЦСМ средним медицинским персоналом показал резкое снижение в 2021 году укомплектованности средним медицинским персоналом, за исключением г. Ош, при этом увеличился коэффициент совместительства, кроме городов Бишкек и Ош.

Укомплектованность стационаров средними медицинскими работниками имела тенденция снижения, начиная с 2017 года на -0,2%, в 2018 году -0,7%, 2019 году на -1,3%, 2020 году на -0,8% и максимальное снижение в 2021 году на -6,0%, прирост был в 2016 году на +0,4% (таблица 3.2.3). Несмотря на высокую укомплектованность от 96,1% до 93,1% в изучаемые годы, кроме 2021 года (87,5%). В Баткенской области в укомплектованности стационаров средними медицинскими работниками наблюдалась в основном динамика снижения, проявляющаяся в убыли фактической численности средних медработников в 2017 году на -0,1%, 2018 году на -1,3%, 2020 году на -0,3% и наибольшее снижение в 2021 году на -2,8%, прирост отмечался только в 2016 году на +1,3% и 2019 году на +1,0%.

Таблица 3.3.3 – Динамика укомплектованности средними медицинскими работниками стационаров по регионам КР

№ пп	Регион (область/город)	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)
1	КР	95,7	-	96,1	+0,4	95,9	-0,2	95,2	-0,7	93,9	-1,3	93,1	-0,8	87,5	-6,0
2	Баткенская	96,7	-	98,0	+1,3	97,9	-0,1	96,6	-1,3	97,6	+1,0	97,3	-0,3	94,5	-2,8
3	Иссык-Кульская	96,2	-	96,6	+0,4	96,2	-0,4	95,0	-1,2	93,8	-1,2	92,7	-1,1	82,2	-11,3
4	Нарынская	99,2	-	97,0	-2,2	97,0	0	97,9	+0,9	98,5	+0,6	97,9	-0,6	90,0	-8,0
5	Ошская	95,2	-	95,2	0	96,2	+1,0	95,6	-0,6	94,9	-0,7	95,4	+0,5	83,6	-12,3
6	Таласская	87,7	-	89,0	+1,4	89,9	+1,0	96,3	+7,1	92,9	-3,5	94,6	+1,8	84,9	-10,2
7	Чуйская	96,0	-	96,7	+0,7	95,6	-1,1	93,9	-1,7	92,0	-2,0	89,7	-2,5	78,9	-12,0
8	Джалал- Абадская	97,1	-	97,8	+0,7	96,3	-1,5	96,8	+0,5	96,8	0	95,8	-1,0	94,4	-1,4
9	г. Бишкек	100,0	-	100,0	0	99,8	-0,2	96,1	-3,7	93,6	-2,6	93,3	-0,3	94,6	+1,4
10	г. Ош	97,3	-	98,4	+1,1	98,1	-0,3	96,8	-1,3	95,5	-1,3	97,1	+1,6	94,9	-2,2

Примечание: Тп – темп прироста (%).

Но, следует отметить высокую укомплектованность по Баткенской области от 98,0% до 94,5% в различные годы, самый низкий показатель в 2021 году. В стационарах Джалал-Абадской области укомплектованность средним медицинским персоналом находилась на уровне от 97,8% до 94,4%. Увеличение показателя в динамике наблюдалось лишь в 2016 и 2018 годы на +0,7% и +0,5%, соответственно, снижение на -1,5% в 2017 году, -1,0% в 2020 году, -1,4% в 2021 году и нулевой прирост в 2019 году. Высокая укомплектованность средним медицинским персоналом выявлена по стационарам Нарынской области от 99,2% до 90,0%. Незначительный прирост отмечался в 2018 году на +0,9%, 2019 году на +0,6%, убыль в 2016 году на -2,2%, 2020 году на -0,6% и максимальная убыль в 2021 году на -8,0%, нулевой прирост в 2017 году. В ЦСМ Иссык-Кульской области в основном показатель был выше 90,0%, лишь в 2021 году укомплектованность составила 82,2%.

В основном отмечалась тенденция снижения на -0,4% в 2017 году, -1,2% в 2018 году, -1,2% в 2019 году, -1,1% в 2020 году и резкое снижение в 2021 году на -11,3%, только в 2016 году прирост составил +0,4%. В Ошской области увеличение укомплектованности стационаров средними медицинскими работниками наблюдалось только в 2017 году на +1,0% и 2020 году на +0,5%, в остальные годы снижение составило -0,6% в 2018 году, -0,7% в 2019 году, максимальное снижение в 2021 году на -12,3%, нулевой прирост в 2016 году.

В укомплектованности организаций здравоохранения вторичного уровня Чуйской области специалистами среднего звена выявлена тенденция постепенного снижения, начиная с 2017 года на -1,1%, -1,7%, -2,0%, -2,5%, соответственно, до 2021 года, в 2021 году резкая убыль на -12,0%, прирост был только в 2017 году на +0,7%. Для фактической численности средних медицинских работников в стационарах Таласской области характерна в основном положительная динамика при показателе на уровне от 84,9% до 96,3%. Увеличение показателя в 2016, 2017, 2018, 2020 годы на +1,4%, +1,0%, +7,1%, +1,8%, соответственно, снижение в 2019 и 2021 годы на -3,5% и -10,2%, соответственно. В стационарах г. Бишкек, несмотря на высокую

укомплектованность, наблюдается нулевой прирост в 2016 году, убыль показателя с 2017 по 2020 годы на -0,2%, -3,7%, -2,6%, -0,3%, соответственно, и лишь в 2021 году прирост на +1,4%. В г. Ош при низкой укомплектованности ЦСМ средними медицинскими работниками отмечается высокая укомплектованность стационаров от 98,4% до 94,9%. Увеличение фактического числа средних медицинских работников в стационарах г. Ош выявлено в 2016 и 2020 году на +1,1% и +1,6%, соответственно. В другие годы убыль показателя составила -0,3%, -1,3%, -1,3% и -2,2%, соответственно годам.

Таким образом, низкая укомплектованность наблюдалась средними медицинскими работниками стационаров Таласской области (за исключением 2018-2020 годов) и в целом в 2021 году по регионам, кроме Баткенской, Джалал-Абадской областей и двух городов.

Оценка коэффициента совместительства средними медицинскими работниками в стационарах показала, что в целом по республике в динамике показатель был стабильным на уровне 1,3 во все годы (таблица 3.2.4). В стационарах Баткенской области в 2016 году убыль коэффициента совместительства наблюдалась на -7,1%, в последующие годы коэффициент был стабильным (1,3) с нулевым приростом до 2021 года, в 2021 году коэффициент (1,2) снизился на -7,7%. В Джалал-Абадской области коэффициент совместительства средними медицинскими работниками составлял 1,4 во все годы, за исключением 2020 года (1,3) с темпом убыли -7,1% и прироста +7,6% в 2021 году. В стационарах Иссык-Кульской области показатель был стабильным (1,7) с нулевым приростом до 2020 года, в 2020 году коэффициент совместительства (1,3) увеличился на +5,8%, а в 2021 году снизился на -16,6%. Стабильный показатель совместительства (1,6) отмечался в стационарах Нарынской области во все годы, кроме 2018 года (1,5), когда он снизился на -6,2% и вновь увеличился в 2019 году на +6,6%. В Ошской области уровень коэффициента во все годы составлял 1,2 с нулевым приростом, лишь в 2016 и 2017 годы (1,1) был отличен с убылью на -8,3% в 2016 году и приростом на +9,1% в 2018 году.

Таблица 3.2.4 – Коэффициента совместительства средними медицинскими работниками в стационарах регионов КР в динамике

№ пп	Регион (область/ город)	Годы													
		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)	уд.вес (%)	Тп (%)
1	КР	1,3	-	1,3	0	1,3	0	1,3	0	1,3	0	1,3	0	1,3	0
2	Баткенская	1,4	-	1,3	-7,1	1,3	0	1,3	0	1,3	0	1,3	0	1,2	-7,7
3	Иссык-Кульская	1,7	-	1,7	0	1,7	0	1,7	0	1,7	0	1,8	+5,8	1,5	-16,6
4	Нарынская	1,6	-	1,6	0	1,6	0	1,5	-6,2	1,6	+6,6	1,6	0	1,6	0
5	Ошская	1,2	-	1,1	-8,3	1,1	0	1,2	+9,1	1,2	0	1,2	0	1,2	0
6	Таласская	1,7	-	1,6	-5,8	1,6	0	1,7	+6,2	1,7	0	1,7	0	1,7	0
7	Чуйская	1,3	-	1,3	0	1,2		1,2	0	1,2	0	1,2	0	1,3	+8,3
8	Джалал-Абадская	1,4	-	1,4	0	1,4	0	1,4	0	1,4	0	1,3	-7,1	1,4	+7,6
9	г. Бишкек	1,3	-	1,3	0	1,3	0	1,2	-7,7	1,2	0	1,2	0	1,3	+8,3
10	г. Ош	1,2	-	1,1	-8,3	1,1	0	1,2	+9,0	1,2	0	1,2	0	1,2	0

Примечание: Тп – темп прироста (%).

Аналогичная ситуация сложилась и в стационарах, расположенных в Таласской области, показатель составил 1,7 почти во все годы, за исключением 2016-2017 годов с коэффициентом равным 1,6 при убыли на -5,8% в 2016 году и приросте на +6,2% в 2018 году. При коэффициенте 1,3 в стационарах Чуйской области в 2015 и 2016 годы, снижение наблюдалось в 2017 на -7,7%, в последующие годы нулевой прирост отмечался до 2021 года и в данном году показатель увеличился до 1,3 на 8,3%. Коэффициент совместительства на уровне 1,3 в 2015-2017 годы снизился в 2018 году (1,2) на -7,7%, в 2019-2020 годы нулевой прирост сменился увеличением в 2021 году (1,3) на +8,3%.

В стационарах г. Ош, как и в стационарах Ошской области коэффициент совместительства средними медицинскими работниками составил 1,2 в 2015 году, далее в 2016-2017 годы показатель уменьшился до 1,1 с темпом убыли на -8,3% в 2016 году и темпом прироста в 2018 году на +9,0%, 2018-2021 годы показатель вновь составил 1,2.

Таким образом, в стационарах регионов республики в основном отмечена устойчивость коэффициент совместительства средними медицинскими работниками, особенно по республике. Наибольший коэффициент совместительства по Иссык-Кульской (1,7), Таласской (1,7) и Нарынской (1,6) областям.

Основными составляющими для определения потребности здравоохранения в средних медицинских работниках является изучение кадрового потенциала на региональном уровне Кыргызской Республики (таблица 3.2.5). Изучены показатели обеспеченности средними медицинскими работниками оказывающих практическую медицинскую помощь на уровне первичной медико-санитарной помощи и стационаров по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР. Проанализировано плановое число средних медицинских работников, оказывающих практическую медицинскую помощь, процент укомплектованности, фактическая численность и рассчитан недостающий процент укомплектованности.

Таблица 3.2.5 – Состав средних медицинских работников по штатной и фактической укомплектованности

№ пп	Регион, область, город	Средние медицинские работники									
		Число штатных специалистов (по плану)	Показатель на 10 000 населения	Число оказывающих практическую медицинскую помощь	% укомплектованности стационара	% укомплектованности ПМСП	Фактическое число средних медицинских работников	Число недостающих средних медицинских работников		Недоукомплектованность, %	
								ПМСП	Стационар	ПМСП	Стационар
1	Кыргызская Республика	32880	46,7	27213	87,5	83,5	22722	4491	3401	16,5	12,5
2	Баткенская область	3925	65,0	2580	94,5	91,1	2350	230	142	8,9	5,5
3	Джалал-Абадская область	5942	45,3	4823	94,4	83,9	4046	77	270	16,1	5,6
4	Иссык-Кульская область	2161	40,1	1893	82,2	78,5	1486	407	337	21,5	17,8
5	Нарынская область	1481	48,0	1375	90,0	83,3	1145	230	137	16,7	10,0
6	Ошская область	6893	47,2	5574	83,6	73,4	4095	1483	914	26,6	16,4
7	Таласская область	1228	44,9	1085	84,9	69,9	758	327	163	30,1	15,1
8	Чуйская область	3123	29,2	2864	78,9	68,3	1956	908	604	31,7	21,1
9	г. Бишкек	3487	30,5	3000	94,6	94,3	2829	171	162	5,7	5,4
10	г. Ош	1500	41,5	1121	94,9	85,0	952	169	57	15,0	5,1
11	Республиканская организация	3357	-	2898	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: ПМСП - первичная медико-санитарная помощь; % - удельный вес медицинских работников.

Данный анализ позволил охарактеризовать современное состояние обеспеченности системы здравоохранения КР в средних медицинских работниках, оказывающих практическую медицинскую помощь на амбулаторном и стационарных уровнях.

По Кыргызской Республике в целом, число штатных должностей по плану составляет 32880 средних медицинских работников, из них оказывающих практическую медицинскую помощь - 27213, процент укомплектованности медицинскими работниками первичной медицинской помощи - 83,5%, а стационарной - 87,5%.

Таким образом, фактическое число средних медицинских работников, оказывающих практическую медицинскую помощь, составляет 22722 специалистов. Выявлено недостающее число средних медицинских работников, процент укомплектованности снизился на 16,5% и 12,5% в ПМСП и стационарах и соответственно, недостающее число специалистов среднего звена составило 4491 и 3401. По Баткенской области процент укомплектованности в ПМСП - 91,1%, в стационарах 94,5% соответственно, недостающее число средних медицинских работников - 230 и 142 специалиста, а процент недоукомплектованности штатами в организациях здравоохранения 8,9% и 5,5%, соответственно. В организациях здравоохранения Джалал-Абадской области по числу оказывающих практическую помощь средних медицинских работников, процент укомплектованности в ПМСП и стационарах - 83,9% и 94,4%, что указывает на то, что недоукомплектовано - 16,1% и 5,6% специалистами в ПМСП и стационарах, дефицит медицинских кадров специалистов среднего звена 77 и 270 должностей. По Иссык-Кульской области практическую помощь оказывают 78,5% и 82,2% средних медицинских работников по укомплектованности кадров, соответственно процент недостающих работников - 21,5% и 17,8%. Потребность в кадровых ресурсах - 407 и 337 медицинских работников практического здравоохранения. По Нарынской области в организациях здравоохранения анализ обеспеченности показал, что медицинские организации укомплектованы на 83,3% - ПМСП и

90,0% стационары, фактическое недостающее число специалистов среднего звена по расчетам процента недоукомплектованности составило 16,7% и 10,0%, что соответствует 230 и 137 недостающих медицинских работников в данных организациях. По Ошской области показатель укомплектованности в ПМСП средними медицинскими работниками - 73,4% и в стационарах 83,6%. Недоукомплектованность - 26,6% и 16,4%, фактическое число недостающих специалистов - 1483 и 914. По Таласской области обеспеченность средними медицинскими работниками составляет низкую плановую укомплектованность в ПМСП - 69,9% и стационарах - 84,9%. В связи с этим, фактическая недоукомплектованность составляет 30,1% и 15,1%, в абсолютных числах - 758 и 163 специалиста среднего звена. По Чуйской области процент укомплектованности организаций здравоохранения кадрами среднего звена в ПМС - 68,3% и стационарах - 78,9%, что характеризует также низкую фактическую обеспеченность средними медицинскими работниками на 31,7% и 21,1%, соответственно специалистов среднего звена - 908 и 604. По г. Бишкек укомплектованность составила в ПМСП - 94,3% и стационарах - 94,6%, снижено число фактически работающих медицинских работников на 5,7% и 5,4%, соответственно - 171 и 162 специалиста. По г. Ош плановое число средних медицинских кадров практического уровня укомплектовано на 85,0% и 94,9%, при этом фактически недостающее число составило 15,0% и 5,1% в ПМСП и стационарах, соответственно - 169 и 57 медицинских работников.

Таким образом, анализ обеспеченности средними медицинскими работниками позволил определить процент укомплектованности, фактическое число недостающих медицинских работников в Кыргызской Республике. В первичной медико-санитарной помощи недоукомплектованность в целом по КР составила 4491 и в стационарах - 3401 специалистов. По регионам отмечается значительная разница в обеспеченности средними медицинскими работниками. Первые ранговые места занимают Чуйская, Таласская и Ошская области. В стационарах недоукомплектованность более существенна в Чуйской, Иссык-Кульской и Ошской областях.

Данные результаты показывают, что необходима государственная политика, направленная на снижение оттока медицинских работников среднего звена, а также необходимы научно-обоснованные нормативы потребности в медицинских кадрах, оказывающих практическую медицинскую помощь.

При рассмотрении *соотношения средних медицинских работников, приходящихся на одного врача* (Приложение 5) установлено, что за период исследования с 2015 по 2021 годы по Кыргызской Республике в ЦСМ данный показатель составил от 1,6 в 2015 году и в последующие годы несколько возрос 1,7, т.е. на одного врача приходилось 1,7 средних медицинских работников (1:1,7), что значительно ниже рекомендаций ВОЗ (1:2,8). Рост числа средних медицинских работников незначительный по годам и по показателю координации оставался – 1,7. Темп прироста в 2016 году составил +0,5%, в 2017 году -0,3%, в 2018 году -0,4%, 2019 году +1,0%, 2020 году +2,4% и в 2021 году снизился на -25,5%.

Таким образом, показатель соотношения врачей и средних медицинских работников в ЦСМ остается низким и связан с оттоком кадров и высокой долей специалистов пенсионного возраста.

По регионам Кыргызской Республики несколько иная ситуация. Так по Баткенской области соотношение врачей и среднего медицинского персонала с 2015 по 2017 и 2019 годы показатель составил 2,1, т.е. на одного врача приходилось 2,1 средних медицинских работников (1:2,1), незначительное снижение отмечено в 2020 году, а в 2018 и 2021 годах возрос до 2,2 и 2,4. В Джалал-Абадской области в ЦСМ соотношение врачебного и сестринского персонала с 2015 по 2018 годы было стабильным 1,8 (1:1,8), а с 2019 по 2021 годы возрос (2,0; 2,1 и 2,4, соответственно), что говорит о притоке специалистов среднего звена. По Иссык-Кульской области низкий показатель соотношения наблюдался во все исследуемые годы с 2015 по 2021 годы (1,5; 1,5; 1,5; 1,3; 1,3; 1,4 и 1,3, соответственно), что говорит о снижении числа специалистов со средним медицинским образованием к врачебной должности. По Нарынской области соотношение числа врачей и средних медицинских

работников в ЦСМ характеризуется средним уровнем обеспеченности во все исследуемые годы. Так в 2015 году составил 1:2,8, в 2016, 2017, 2018, 2019 и 2020 годах показатель составил 1:2,0, а в 2021 году незначительно возрос до 2,2.

Соотношение врачей и медицинских работников по Ошской области характеризуется тем, что с 2015 по 2018 годы показатель находился на уровне 2,4; 2,3; 2,4; 2,5, затем снизилось число средних медицинских работников с 2019 по 2021 годы (2,1; 2,1 и 2,0, соответственно). В Таласской области во все годы с 2015 по 2018 годы соотношение врачей и средних медицинских работников составляло 2,1, в 2019 – 2,0, в 2020 – 1,9 и 2021 годы – 2,0. По Чуйской области преобладает тенденция снижения числа средних медицинских работников на одного врача. Показатель координации составлял с 2015 по 2021 годы - 1,7; 1,8; 1,8; 1,8; 1,8; 1,9; 1,9, соответственно. По г. Бишкек отмечается снижение соотношения медицинских работников с 2015 по 2021 годы. На одного врача приходилось - 1:1,3; 1:1,3; 1:1,0; 1:1,2; 1:1,2; 1:1,2; 1:1,2, соответственно. По г. Ош наблюдалась также аналогичная ситуация, когда показатель координации во все исследуемые годы находился на низком уровне. В 2015, 2016, 2019 и 2020 годы на одного врача приходилось по 1,4 средних медицинских работников. В 2017 году показатель резко снижается до 1:1,0 и в 2018 и 2021 годы составил 1:1,3.

Таким образом, по Кыргызской Республике наблюдается снижение числа средних медицинских работников на одного врача. Данная ситуация характерна для всех регионов, но больше всего неудовлетворительная обеспеченность средними медицинскими работниками наблюдается по г. Бишкек, г. Ош, Чуйской, Иссык-Кульской областях.

Соотношение средних медицинских работников к числу врачей в стационарах по регионам Кыргызской Республики показано в Приложении 6. В целом наблюдалась стабильная тенденция с 2015 по 2020 годы (1:2,3), т.е. на одного врача приходилось 2,3 средних медицинских работников, за исключением 2021 года (1:2,2), т.е. наблюдалось некоторое снижение на -4,3%

в динамике. По регионам республики соотношение врачей и средних медицинских работников имело тенденцию как увеличения, например в Баткенской области (1:2,6) с 2015 по 2020 годы, так и снижение в 2021 году на -11,5% в динамике (1:2,3). В Джалал-Абадской области в стационарах соотношение врачебного и сестринского персонала находилось практически на одном уровне по годам (1:2,5 и 1:2,6) с 2015 по 2021 годы. По Иссык-Кульской области показатель несколько ниже по соотношению врачей и средних медицинских работников, в 2015, 2019 и 2020 годах число специалистов находилось на уровне (1:2,4), а в 2016, 2017 годах снижается (1:2,3), в 2018 году опять показатель повышается на (1:2,5), а в 2021 году снижается до (1:2,1), т.е. на -12,5%. По Нарынской области соотношение числа врачей и средних медицинских работников в стационарах характеризуется средним уровнем обеспеченности с 2015 по 2020 годы (1:2,6; 1:2,5; 1:2,4) и только в 2021 году снижение составило в динамике -12,0% (1:2,2). По Ошской области соотношение врачей и специалистов среднего звена характеризовалось стабильной обеспеченностью, когда на одного врача приходилось - 1:2,3; 1:2,4; 1:2,5 и незначительным увеличением в 2021 году (1:2,4) на +4,3%. В Таласской области во все годы с 2015 по 2020 годы показатель соотношения врачей и средних медицинских работников оставался стабильным (1:2,5; 1:2,6) и только в 2021 году наблюдалось снижение в динамике -16,0% (1:2,1). По Чуйской области соотношение врачей и среднего медицинского персонала в стационарах было незначительным. В 2015 году 1:2,3, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 годы - 1:2,2 и 2021 году наблюдалось снижение на -4,5% (1:2,1). По г. Бишкек отмечалось незначительное соотношение врачей и средних медицинских работников с 2015 (1:2,1), затем с 2016 по 2021 годы (1:2,0), т.е. наблюдался нулевой прирост показателя координации. В г. Ош на одного врача приходилось 2,2 средних медицинских работника в 2015, 2016, 2017, 2018 годы, а с 2019 по 2021 годы показатель координации незначительно снизился до 2,1, т.е. наблюдался нулевой прирост.

Таким образом, по Кыргызской республике в целом в стационарах наблюдалось снижение показателя. По регионам снижение соотношения врачей и средних медицинских работников отмечалось в Баткенской, Иссык-Кульской, Нарынской, Таласской и Чуйской областях в 2021 году. Незначительное увеличение показателя наблюдалось в Ошской области. Показатель оставался стабильным в Джалал-Абадской области, а также в г. Бишкек и г. Ош, но характеризовался низким уровнем соотношения врачей и средних медицинских работников.

По определению *нормативной потребности в средних медицинских работниках* применялась методика расчёта по оказанию медицинской помощи на амбулаторном и стационарном уровнях. Основным критерием расчёта являлась методика определения соотношения средних медицинских работников к врачебной должности по регионам Кыргызской Республики.

Численность врачей и средних медицинских работников определена по данным ЦЭЗ МЗ КР. Рассчитан показатель координации, т.е. соотношение средних медицинских работников на одну должность врача с использованием методики К 1Квр (нормативно зависима от численности врачей) [56]. Проведен расчет необходимого числа средних медицинских работников с учетом рекомендаций ВОЗ (на 1 врача должно приходиться 2,8 средних медицинских работников с учетом численности населения). Данная методика применима для расчета потребности на амбулаторном уровне средними медицинскими работниками врачебных кабинетов таких, как анестезисты, массажных кабинетов, процедурных регистраторов и зубных техников.

Методика К 2Кд (нормативно зависима от объема деятельности) применима для медицинских сестер кабинета физиотерапии, зубных врачей и гигиенистов стоматологических. Данная методика позволяет рассчитать объем нормативной нагрузки. Методика К 3Кп (нормативно зависима от сети медицинских организаций и профильных структурных подразделений): фельдшера, акушерки, медицинские сестры кабинета неотложной помощи, доврачебного приема.

Основой методики является сведения о количестве средних медицинских работников ЦСМ и ФАПов. С учетом всех методик нами определена потребность в средних медицинских работниках от численности врачей (таблица 3.2.6). Согласно штатному распределению по плану в КР численность медицинских работников среднего звена составляет на 2021 год 27213 человек, фактически с учетом укомплектованности кадрового состава и совместительства фактическое число - 22722, т.е. по проценту укомплектованности в ПМСП - 83,5% и стационарах - 87,5%, соотношение средних медицинских работников на одного врача на одного врача приходится (1:2,2), обеспеченность на 10 000 населения - 46,7.

Таблица 3.2.6 – Потребность в средних медицинских работниках от количества врачей по Кыргызской Республике за 2021 г.

№ пп	Название	Показатель
1	Численность врачей	5714,25
2	Численность СМР, оказывающих практическую помощь	27213
	Показатель на 10000 населения	46,7
3	Численность СМР, оказывающих практическую помощь от % укомплектованности	22722
4	ПМСП, удельный вес, %	83,5
5	Стационар, удельный вес, %	87,5
6	Показатель координации, %	2,2
7	Нормативно недостающее число СМР	0,6
8	По нормативу	22858

Примечание: СМР - средние медицинские работники; ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

При расчете потребности в СМР по нормативно обусловленному параметру в зависимости от численности врачей определены нормативы СМР,

оказывающих практическую помощь. Указанная методика способствует определению оптимального числа СМР практического направления по оказанию качественной медицинской помощи. Кадровое обеспечение СМР во все годы как было указано ранее составляло от 2,3 с 2015 по 2020 годы и в 2021 году - 2,2, а по рекомендациям ВОЗ должно быть не менее 2,8. Из этого следует, что в КР согласно данному показателю не хватает 0,6 СМР.

Таким образом, с 2015 по 2021 годы в целом по Кыргызской Республике рассчитана фактическая численность СМР, т.е. по исследуемым годам не изменяется за исключением 2021 года, должно быть 136,3 специалистов, т.е. должно быть не меньше 22858 медицинских работников, оказывающих практическую помощь.

Проведен анализ движения кадрового потенциала СМР по КР (таблица 3.2.7). По республике в целом, кадровые сдвиги числа СМР характеризуются резким снижением в 2021 году, в сравнении с 2015 годом (12964,8 и 9463,0, соответственно). Снижение составило 3501,8 специалистов, т.е. на -27,0%, что определяет максимальные кадровые потери (>5,0). При ранжировании кадровых потерь СМР первое место занимает Ошская область, снижение с 2015 по 2021 годы составило 1319,0 (-50,0%). Второе ранговое место занимает Таласская область по оттоку кадров в сравнении с 2015 и 2021 годами (724,3 и 989,25, соответственно). В указанные годы число специалистов также снижается на 335,0, что составляет -46,2%, максимальные потери. Третье место по обороту кадрового потенциала приходится на Баткенскую область (1948,8 и 1514,50, соответственно), снижение кадров на 296,3 (-30,4%), что характеризует максимальные потери. По Иссык-Кульской области движение кадров в указанные годы снижается (692,0 и 488,25, соответственно) на 206,75 специалистов, т.е. на -29,8% по темпу убыли, составляя максимальные потери, занимая четвертое ранговое место. Пятое ранговое место по оттоку кадров занимает Нарынская область (675,0 и 503,0, соответственно), снижение на 172,0 специалиста, т.е. на -25,4%, также составляя максимальные потери. По Чуйской области оборот кадров с 2015 и 2021 годы составил значительное снижение с

1668,5 до 1285,25, т.е. на 383,25 по показателю и по темпу убыли на -23,0%,
занимая VI ранговое место.

Таблица 3.2.7 – Движение средних медицинских работников ЦСМ по Кыргызской Республике

№ n/n	Регион	Годы		Разница 2015 и 2021 годы	ТП, %	Ранг	Сдвиг кадров
		2015	2021				
1	Кыргызская Республика	12964,8	9463,0	-3501,8	-27,0		Максимальные потери (>5,0%)
2	Баткенская область	971,8	675,5	-296,3	-30,4	III	Максимальные потери
3	Джалал-Абадская область	1948,8	1514,50	-434,3	-22,2	VII	Максимальные потери
4	Иссык-Кульская область	692,0	488,25	-206,75	-29,8	IV	Максимальные потери
5	Нарынская область	675,0	503,0	-172,0	-25,4	V	Максимальные потери
6	Ошская область	2636,8	1317,75	-1319,0	-50,0	I	Максимальные потери
7	Таласская область	724,3	389,25	-335,0	-46,2	II	Максимальные потери
8	Чуйская область	1668,5	1285,25	-383,25	-23,0	VI	Максимальные потери
9	г. Бишкек	2664,8	2490,5	-174,3	-6,5	IX	Максимальные потери
10	г. Ош	757,8	664,25	-93,5	-12,3	VIII	Максимальные потери

Примечание: ТП - темп прироста (%).

По Джалал-Абадской области (VII ранг) в 2015 году число средних медицинских работников составляло 1948,8, а в 2021 году - 1514,50.

Снижение числа медицинских работников на 434,3 (-22,2%), сдвиг кадров характеризуется как максимальные потери. По г. Ош (VIII ранг) движение средних медицинских работников также снижалось в указанные для сравнения годы (757,8 и 664,25, соответственно), на 93,5 (-12,3%) специалистов составляя максимальные потери. Город Бишкек занимает IX ранговое место, снижение с 2664,8 до 2490,5 по показателю, т.е. на 174,3 (-6,5%), составляя также максимальные потери.

Таким образом, сдвиги кадровых потерь в сравнении 2015 с 2021 годом в КР в целом, так и по регионам наблюдались максимальные потери убыли специалистов среднего звена. Значительное снижение кадров СМР наблюдалось в Ошской, Таласской, Баткенской областях. При отрицательном сдвиге движения кадров во все годы, менее всего снижение отмечалось в г. Бишкек и г. Ош.

Для оценки движения кадров СМР, осуществляющих практическую помощь без учёта числа укомплектованности штатов организаций здравоохранения в КР с 2015 по 2021 годы проведён анализ текучести кадров по выбытию и приёму СМР (таблица 3.2.8). Рассчитан коэффициент текучести и оборота кадров медицинских сестёр, фельдшеров и акушерок. Текучесть кадров, т.е. число выбывших медицинских сестёр наблюдался в 2019 и 2021 годах на -0,3% и -0,8%, соответственно. Тогда, как оборот кадров, т.е. принятых в 2016, 2017, 2018 и 2020 годах составил +1,6%, +0,5%, +0,7%, +1,6%, соответственно. Незначительный приток кадров связан с тем, что в республике ежегодно увеличивается выпуск численности медицинских сестёр.

По числу фельдшеров в республике отмечалась тенденция значительной текучести кадров, начиная с 2017 по 2021 годы, составляя -0,75%, -0,1%, -10,2%, -10,9%, -7,8%, соответственно. Положительный оборот кадров наблюдался только в 2015 году, имея положительную динамику +5,8%. Выявлена текучесть кадрового состава акушерок в 2017, 2018, 2019, 2020 и

2021 годах на -10,2%, -1,6%, -2,5%, -6,2%, -3,0%, соответственно. В 2015 и 2016 годах движение кадров характеризовалось оборотом приёма специалистов в организации здравоохранения на +4,4%, +5,7%, соответственно.

Таблица 3.2.8 - Оборот и текучесть средних медицинских работников Кыргызской Республики (2015-2021 гг.)

№ пп	Показатель	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Медицинские сестры								
1	Численность	24930	25354	25497	25683	25597	26015	25805
2	Уволившиеся (отток кадров)	-	-	-	-	-86	-	-210
3	Устроившиеся (приток кадров)	+790	+424	+143	+186	-	+418	-
4	Оборот кадров, %	+3,1	+1,6	+0,5	+0,7	-0,3	+1,6	-0,8
Фельдшера								
5	Численность	1581	1612	1600	1598	1450	1307	1212
6	Уволившиеся (отток кадров)	-	-	-12	-2	-148	-143	-95
7	Устроившиеся (приток кадров)	+93	+31	-	-	-	-	-
8	Оборот кадров, %	+5,8	+1,9	-0,75	-0,1	-10,2	-10,9	-7,8
Акушерки								
9	Численность	2409	2555	2529	2489	2428	2286	2219
10	Уволившиеся (отток кадров)	-	-	-26	-40	-61	-142	-67
11	Устроившиеся (приток кадров)	+106	+146	-	-	-	-	-
12	Оборот кадров, %	+4,4	+5,7	-10,2	-1,6	-2,5	-6,2	-3,0

Таким образом, оборот кадров и их текучесть по медицинским сёстрам характеризовалась некоторой незначительной стабильности в 2015, 2016, 2017,

2018 и 2020 годы. Незначительная текучесть медицинских сестёр наблюдалась в 2019 и 2021 годы. Текучесть кадрового состава по фельдшерам в основном отмечалась в 2017, 2018, 2019, 2020 и 2021 годы, а незначительный приток в 2015 и 2016 годы. Текучесть акушерок существенно выявлена в 2017 - 2021 годы, а оборот, т.е. приток специалистов в 2015 и 2016 годы.

Коэффициент оборота кадров СМР способствует разработки дальнейших мероприятий, направленных на уменьшение текучести кадрового состава и как результат повышается эффективность управленческих решений, направленных на сохранение человеческих ресурсов в системе здравоохранения.

3.3 Экспертная оценка кадрового менеджмента сестринского дела

Проанализирована структура должностей, занимаемых СМР (таблица 3.3.1).

Из общего числа СМР (n=491) приходится значительный удельный вес на работающих в специализированных отделениях - 73,9% (n=363). В других подразделениях незначительная доля СМР. Так, медицинские сестры реанимационного отделения составляют 6,3% (n=31), лаборанты клинической лаборатории - 3,5% (n=17), медицинские сестры операционного блока - 2,9% (n=14), приемного отделения - 2,7% (n=13), лаборанты рентгенкабинета - 2,1% (n=6), медицинские работники лечебной физкультуры - 1,2% (n=6), здравпункта - 1,0 (n=5), административного, физиотерапевтического, статистического кабинетов и аптеки по 0,8% (n=4), централизованной стерилизационной - 0,6% (n=3), методического отдела и морга по 0,4% (n=2).

Таким образом, необходимо отметить, что наибольший удельный вес в структуре кадрового потенциала ИООБ г. Каракол занимают СМР специализированных отделений, реанимационного отделения и лаборанты клинической лаборатории.

Таблица 3.3.1 - Структура должностей средних медицинских работников
Иссык-Кульской областной объединенной больницы г. Каракол

№ пп	Должность	Абсолютное число	Удельный вес, %
1	Заместитель директора по сестринскому делу	1	0,2
2	Главная медицинская сестра	1	0,2
3	Старшая медицинская сестра, включая ГСВ	2	0,4
4	Медицинская сестра методического отдела	2	0,4
5	Медицинская сестра статистического отдела	4	0,8
6	Медицинская сестра приемного блока	13	2,7
7	Медицинская сестра физиотерапевтического кабинета	4	0,8
8	Лаборант клинической лаборатории	17	3,5
9	Медицинская сестра травмпункта	9	1,8
10	Фармацевт аптеки	4	0,8
11	Медицинская сестра морга	2	0,4
12	Медицинская сестра специализированных отделений	197	73,9
13	Медицинская сестра операционного блока	14	2,9
14	Медицинская сестра здравпункта	5	1,0
15	Медицинская сестра лечебной физкультуры	6	1,2
16	Медицинская сестра реанимационного отделения	31	6,3
17	Рентген лаборант	10	2,1
18	Медицинская сестра централизованной стерилизационной	3	0,6
19	Всего	491	100,0

Проанализирована структура должностей СМР по стажу работы ЦСМ № 5 г. Бишкек за 2023 год (таблица 3.3.2). В ЦСМ № 5, всего 84 должности СМР. Соотношение врачей к СМР составляет (1:3), т.е. на одного врача приходится три медицинских сестры. В целом, по стажу работы высокую долю составляют специалисты со стажем 21-25 лет - 17,9% (n=15), 31-35 лет - 16,7% (n=14), 1-5 лет - 14,3% (n=12), 6-10 и 26-30 лет по 12,0% (n=10), 36-40 лет и старше по 9,6% (n=8), 16-20 лет - 4,7% (n=4) и 11-15 лет - 3,6% (n=3). Средний стаж работы СМР составляет 22,2 лет.

Таблица 3.3.2 - Структура должностей средних медицинских работников по стажу ЦСМ № 5 г. Бишкек

№ пп	Должность	n	%	М (лет) стажа	Стаж работы (лет)																	
					1-5		6-10		11-15		16-20		21-25		26-30		31-35		36-40		40 и старше	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Заместитель директора по сестринскому делу	1	1,2	27,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	-	-	-	-
2	Главная медсестра	1	1,2	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Старшая медсестра, включая ГСВ	6	7,1	23,0	-	-	1	1,2	1	1,2	-	-	2	2,4	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
4	Манипуляц. медсестра	7	8,3	22,3	1	1,2	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-	-	-	3	3,6	-	-	1	1,2
5	Медсестра инфек. контроля	1	1,2	24,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Школьная медсестра	4	4,8	35,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	2	2,4	1	1,2
7	Участковая медсестра	1	1,2	36,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-
8	Медсестра фтизиатр. кабинета	1	1,2	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2
9	Медсестра дневного стационара	3	3,6	19,6	1	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-
10	Медсестра процедурного кабинета	5	5,9	13,0	3	3,6	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2	-	-
11	Медсестра привив.кабинета	2	2,4	22,0	-	-	1	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-
12	Медсестра стерилиз-ной	4	4,8	34,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2	1	1,2	1	1,2
13	Медсестра физиотер. кабин	4	4,8	30,0	-	-	1	1,2	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	-	-	2	2,4
14	Лаборант	6	7,1	22,6	2	2,4	1	1,2	-	-	-	-	2	2,4	-	-	1	1,2	-	-	-	-
15	Рентген лаборант	3	3,5	17,3	-	-	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-	-	-	-
16	Массажист	4	4,8	35,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,4	2	2,4	-	-
17	Медсестра функц. диагн.	1	1,2	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2
18	Семейная медсестра	25	29,8	19,3	5	5,9	4	4,8	-	-	4	4,8	6	7,1	4	4,8	2	2,4	-	-	-	-
19	Медицинская сестра	5	5,9	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2	1	1,2	3	3,6	-	-	-	-
	Всего	84	100,0	-	12	14,3	10	12,0	3	3,6	4	4,8	15	17,9	10	12,0	14	16,7	8	9,6	8	9,6

Примечание: М/с - медицинская сестра; % - удельный вес средних медицинских работников; n - число наблюдений; М - средняя величина.

Высокий удельный вес приходится на должность семейной медицинской сестры - 29,8% (n=25), средний стаж работы которых составляет 19,3 лет (M), при этом возрастная группа данной категории работающих специалистов представлена от 1 до 5 лет - 5,9% (n=5), 6-10 лет - 4,8% (n=4), 16-20 лет - 4,8% (n=4), 21-25 лет - 7,1% (n=6), 26-30 лет - 4,8% (n=4) и 31-35 лет - 2,4% (n=2), на другие должности приходится незначительный удельный вес. В структуре незначительная доля приходится на такие должности, как манипуляционная медицинская сестра - 8,3% (n=7), средний стаж работы которых 22,3 лет. В основном со стажем 1,5 лет - 1,2% (n=1), 6-10 лет - 1,2% (n=1), 11-15 лет - 1,2% (n=1), 31-35 лет - 3,6% (n=3), 40 лет и старше - 1,2% (n=1). Доля старших медицинских сестёр, работающих в ГСВ составляет 7,1 % (n=6). Стаж работы в ЦСМ в основном - 23 года, из них 6-10 лет - 1,2% (n=1), 11-15 лет - 1,2% (n=1), 21-25 лет - 2,4% (n=2), 26-30 лет - 1,2% (n=1), 40 лет и старше - 1,2% (n=1). Лаборанты клинических лабораторий составляют 7,1% (n=6), средний стаж работы 22,6 лет, в основном 1,5 лет - 2,4% (n=2), 21-25 лет - 2,4% (n=2), 6-10 лет - 1,2% (n=1) и 31-35 лет - 1,2% (n=1). На медицинских сестёр общего профиля приходится 5,9% (n=5), средний стаж которых 16,7 лет. В основном медицинские сестры находятся в старшей возрастной категории от 31 до 35 лет - 3,6% (n=3), 26-30 лет - 1,2% (n=1) и 21-25 - 1,2% (n=1). Кроме медицинских сестёр общего профиля, такова и доля медицинских сестёр, работающих в процедурном кабинете - 5,9% (n=5), с общим стажем работы 13 лет.

Из данного контингента имеют стаж работы от 1 до 5 лет - 3,6% (n=3), 21-25 лет - 1,2% (n=1) и 36-40 лет - 1,2% (n=1).

Школьные медицинские сестры, стерилизационных, физиотерапевтического кабинета, массажисты составили по 4,8% (n=4). Стаж работы в среднем у школьных медицинских сестёр - 35,2 лет, стерилизационной - 34,2, физиотерапевтического кабинета - 30 лет, массажистов - 35,2 лет. Медицинские сестры имеющие стаж работы в организациях здравоохранения 26-30 лет - 1,2% (n=1), 36-40 лет - 2,4% (n=2), 40 лет и старше - 1,2% (n=1). Стерилизационной - 21-25 лет, 31-35 лет, 36-40 лет,

40 лет и старше - 1,2% (n=1). Физиотерапевтического кабинета 6-10 лет - 1,2% (n=1), 21-25 лет - 1,2% (n=1), 40 лет и старше - 2,4% (n=2). Массажисты имеют стаж работы 31-35 лет и 36-40 лет по - 2,4% (n=2). Рентген лаборант и медицинская сестра дневного стационара составили по 3,6% (n=3), средний стаж работы соответственно 19,6 и 17,3 лет. В дневном стационаре трудятся медицинские работники, имеющие стаж работы 1-5 лет - 1,2% (n=1), 21-25 лет - 1,2% (n=1) и 36-40 лет - 1,2% (n=1).

Заместитель главного врача по сестринскому делу имеет стаж работы 26-30 лет - 1,2% (n=1), главная медицинская сестра со стажем работы 21-25 лет - 1,2% (n=1). Также в ЦСМ №5 имеется должность одной медицинской сестры инфекционного контроля со стажем работы 21-25 лет - 1,2%, участковая медицинская сестра со стажем работы 36-40 лет - 1,2%, медицинская сестра фтизиатрического кабинета со стажем работы 40 лет и старше - 1,2% и медицинская сестра функциональной диагностики со стажем работы 40 лет и старше - 1,2%.

Таким образом, в ЦСМ № 5 высокий удельный вес приходится на СМР семейной медицины, манипуляционной, лаборантов клинических лабораторий и старших медицинских сестёр ГСВ, на другие должности специалистов среднего звена приходится незначительный удельный вес. На одного врача приходится 3 средних медицинских работников (1:3). Необходимо отметить, что в основном стаж работы СМР составляет 21-25 лет, 31-35 лет и 1-5 лет. Возрастная структура СМР в основном более старших возрастов - 65,4% (n=55).

Проведен анализ возрастного состава СМР ЦСМ № 5 г. Бишкек и ИООБ г. Каракол (таблица 3.3.3). Лаборанты клинических лабораторий составляют 7,1% (n=6), средний стаж работы 22,6 лет, в основном 1,5 лет - 2,4% (n=2), 21-25 лет - 2,4% (n=2), 6-10 лет - 1,2% (n=1) и 31-35 лет - 1,2% (n=1).

Таким образом, в ЦСМ № 5 г. Бишкек возрастной состав средних медицинских работников приходится на возраст 30-40 лет и 20-30 лет. Необходимо отметить, что на старшие возрастные группы от 50 до 70 лет также приходится высокий удельный вес.

Таблица 3.3.3 – Кадровый состав по возрасту ЦСМ № 5 и Иссык-Кульской объединенной больницы

№ пп	Возраст	ЦСМ № 5		Иссык-Кульская областная объединенная больница	
		Абс. число	Удельный вес (%)	Абс. число	Удельный вес (%)
1	20-30 лет	17	20,2	146	29,7
2	30-40 лет	28	33,4	127	25,9
3	40-50 лет	13	15,5	110	22,4
4	50-60 лет	11	13,1	74	15,0
5	60-70 лет	15	17,8	34	7,0
Всего		84	100,0	491	100,0

В ИООБ г. Каракол в основном возрастной состав СМР представлен от 20 до 50 лет. На старшие возрастные группы приходится незначительный удельный вес.

Проанализирован состав СМР, имеющих профессиональную категорию в ЦСМ № 5 г. Бишкек и ИООБ г. Каракол (таблица 3.3.4). В ЦСМ № 5 г. Бишкек у большинства специалистов среднего звена нет категории - 51,2% (n=43). Из числа средних медицинских работников наибольший удельный вес составляют сотрудники со второй категорией - 25,0% (n=21), далее первой - 13,1% (n=11) и высшей - 10,7% (n=9). В ИООБ г. Каракол большинство специалистов не имеют профессиональные категории - 72,7% (n=357). Высокий удельный составляют медицинские сестры, имеющие высшую категорию - 20,2% (n=99), незначительный удельный вес приходится на специалистов второй (4,4%, n=22) и первой категории (2,7%, n=13).

Таким образом, в ЦСМ № 5 г. Бишкек и ИООБ г. Каракол большинство средних медицинских работников не имеют профессиональной категории. В ИООБ высокий удельный вес составляют специалисты высшей категории, тогда как в ЦСМ №5 второй категории. В ЦСМ № 5 уровень сертификации СМР выше 1,8 раза, чем в ИООБ.

Таблица 3.3.4 - Профессиональные категории средних медицинских работников ЦСМ № 5 и Иссык-Кульской объединенной больницы

№ пп	Категория	ЦСМ №5		Иссык-Кульская объединенная больница	
		Абс. число	Удельный вес (%)	Абс. число	Удельный вес (%)
1	Высшая	9	10,7	99	20,2
2	Первая	11	13,1	13	2,7
3	Вторая	21	25,0	22	4,4
4	Нет категории	43	51,2	357	72,7
Всего		84	100,0	491	100,0

Проведена экспертная оценка деятельности среднего медицинского персонала (таблица 3.3.5) на первичном уровне (ЦСМ № 5 г. Бишкек) и вторичного уровня (ИООБ г. Каракол). Экспертная оценка проведена в виде анонимного анкетирования 123 врачей. В анкете представлены вопросы, характеризующие деятельность СМР по выполнению ежедневной нагрузки, заданий врачей, ответственность за качество выполнения своей работы, этические и деонтологические аспекты при оказании медицинской помощи, а также жалобы пациентов.

Врачи эксперты организации здравоохранения первичного уровня чаще отмечали, что СМР имеют хороший уровень образования - $43,9 \pm 4,4$ ($n=54$), чем в ИООБ $34,1 \pm 4,2$ ($n=42$), но без существенной разницы в ответах, $p > 0,05$. И только $12,2 \pm 2,9$ ($n=15$) и $9,7 \pm 2,6$ ($n=12$), соответственно указали, что их не устраивает образовательный уровень СМР. Качество оказания медицинской помощи зависит от ответственности СМР по выполнению своей ежедневной профессиональной деятельности. Из числа опрошенных $39,8 \pm 4,4$ ($n=49$) врачей ЦСМ и стационара $38,2 \pm 4,0$ ($n=47$) указали на то, что большая часть СМР очень ответственно относятся к своим обязанностям, $p > 0,05$. Врачи эксперты организаций здравоохранения также отметили, что $16,2 \pm 3,3$ ($n=20$) и $5,7 \pm 2,0$ ($n=7$) средних медицинских работников не ответственно относятся к профессиональным обязанностям, $p < 0,01$.

Таблица 3.3.5 - Экспертная оценка деятельности по мнению среднего медицинского персонала (n=123)

№ пп	Мнение	Средние медицинские работники организации здравоохранения первичного уровня (n=69)				Средние медицинские работники организации здравоохранения вторичного уровня (n=54)			
		Да		Нет		Да		Нет	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Устраивает ли образовательный уровень	54	43,9±4,4	15	12,2±2,9	42	34,1±4,2*	12	9,7±2,6*
2	Ответственность за свою работу	49	39,8±4,4	20	16,2±3,3	47	38,2±4,0*	7	5,7±2,0**
3	Выполнение нагрузки	61	49,6±4,5	8	6,5±2,2	36	29,3±4,1***	18	14,6±3,1**
4	Выполнение индивидуальных заданий	32	26,0±3,9	37	30,0±4,1	28	22,7±3,7*	26	21,1±3,6*
5	Нарушение трудовой дисциплины	12	9,7±2,6	57	46,3±4,4	2	1,6±1,1**	52	42,2±4,4*
6	Нарушение этики	42	34,1±4,2	27	21,9±3,7	39	31,7±4,1*	15	12,1±2,9**
7	Жалобы пациентов	4	3,2±1,5	65	52,8±4,5	6	4,8±1,9*	48	39,0±4,3**
8	Помощь сотрудникам	44	35,7±4,3	25	20,3±3,6	49	39,8±4,4*	5	4,0±1,7***

Примечание: P±m - интенсивный показатель на 100 среднего медицинского персонала и ошибка репрезентативности; *p>0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Выполняют профессиональную нагрузку по мнению врачей чаще СМР организации здравоохранения первичного уровня - $49,6 \pm 4,5$ ($n=61$), чем вторичного уровня - $29,3 \pm 4,1$ ($n=36$), $p < 0,01$. Не выполняют нагрузку как считают эксперты $6,5 \pm 2,2$ ($n=20$) и $14,6 \pm 3,1$ ($n=18$), $p < 0,01$. Индивидуальные задания врачей выполняют только $26,0 \pm 3,9$ ($n=32$) и $22,7 \pm 3,7$ ($n=28$), соответственно, средних медицинских работников в обеих организациях здравоохранения, $p > 0,05$. Не выполняют или редко выполняют $30,0 \pm 4,1$ ($n=37$) и $21,1 \pm 3,6$ ($n=26$) соответственно, $p > 0,05$.

Врачи эксперты выявили нарушения трудовой дисциплины у $9,7 \pm 2,6$ ($n=12$) и $1,6 \pm 1,1$ ($n=2$), соответственно, $p < 0,001$, у работников среднего звена. У большей части медицинских работников нарушение трудовой дисциплины не было установлено - $46,3 \pm 4,4$ ($n=57$) и $42,2 \pm 4,4$ ($n=52$), соответственно медицинских работников ЦСМ и стационара, $p > 0,05$.

Большое значение имеет соблюдение этики и деонтологии СМР и прав пациента. Нарушение этики установлено у $34,1 \pm 4,2$ ($n=42$) в организации здравоохранения первичного уровня и $31,7 \pm 4,1$ ($n=39$), $p > 0,05$, вторичного уровня системы здравоохранения, и только у $21,9 \pm 3,7$ ($n=27$) и $12,1 \pm 2,9$ ($n=15$), $p < 0,01$, соответственно, замечаний по нарушению этики не было.

Со стороны пациентов, обратившихся в ЦСМ и стационар были поданы жалобы на работу СМР - $3,2 \pm 1,5$ ($n=4$) и $4,8 \pm 1,9$ ($n=6$) соответственно, $p > 0,05$. Помощь сотрудникам по выполнению их профессиональных обязанностей оказали $35,7 \pm 4,3$ ($n=44$) средних медицинских работников в ЦСМ и в стационаре - $39,8 \pm 4,4$ ($n=49$), $p > 0,05$.

Таким образом, в ЦСМ врачами экспертами установлено, что чаще выполнялась нагрузка СМР, выше уровень образования, более ответственно относятся к выполнению своих профессиональных обязанностей, выполняют индивидуальные задания врачей. В стационаре реже происходят нарушение трудовой дисциплины, нарушение этики, чаще оказывают помощь сотрудникам и, к сожалению, на СМР чаще поступают жалобы пациентов.

3.4 Менеджмент сестринского процесса

Определение элементов управления необходимо для оценки конкурентности руководителей сестринским процессом. Проведена оценка деятельности руководителей сестринским процессом в ЦСМ № 5 г. Бишкек и ИООБ г. Каракол. В ЦСМ № 5 г. Бишкек всего восемь руководителей сестринским процессом (заместитель директора по сестринскому делу, главная медицинская сестра и шесть старших медицинских сестер, включая ГСВ).

С руководителями сестринским персоналом проведено анкетирование по оценке элементов их конкурентноспособности (таблица 3.4.1). Оценка элементов управления сестринским персоналом показала, что в ЦСМ № 5 г. Бишкек восемь руководителей сестринского процесса. Из них заместитель директора по сестринскому делу - 1,2% (n=1), главная медицинская сестра - 1,2% (n=1) и старшие медицинские сестры, включая ГСВ - 7,1% (n=6). В ЦСМ № 5 г. Бишкек проведено анкетирование руководителей сестринским персоналом и оценены ответы по баллам, по методике предложенной И. П. Карповой (2008) [45].

Высшее сестринское образование имеют два руководителя, соответственно (1 балл), средне-специальное четыре (0,75 балла) и у шести нет высшего сестринского образования (0 баллов). Всего сумма баллов составила 5,0. Участвуют в конференциях три руководителя (1 балл), изредка публикуется в научных изданиях только один руководитель (0,25 балла), не принимают участие в научной деятельности пять специалистов (0 балла). Итоговая сумма баллов - 3,25). Не участвуют в внедрении инновационного процесса в сестринскую практику четыре руководителя (0 балла), в частности новые формы оплаты труда (0 балла). Участвуют в сестринском процессе только два руководителя (0,5 балла), не внедряются инновационные технологии в центре семейной медицины - отметили шесть руководителей. Сумма баллов составила - 1,0.

Таблица 3.4.1 - Экспертная оценка основных элементов управления руководителей сестринским персоналом ЦСМ № 5

г. Бишкек

№ пп	Элемент управления	Основные элементы управления						Всего руководителей	Всего баллов
		Содержание элементов	Балл/ всего	Содержание элементов	Балл/ всего	Содержание элементов	Балл/ всего		
1	Уровень образования	Высшее сестринское (n=2)	1,0/2,0	Средне-специальное (n=4)	0,75/3,0	Отсутствие образования (n=6)	0	n=8	5,0
2	Участие в научной работе	Участвуют в конференциях (n=3)	1,0/3,0	Участвуют в публикациях (n=1)	0,25/0,25	Не участвует в конференциях и публикациях (n=5)	0	n=4	3,25
3	Внедрение инноваций в сестринском процессе	Новые формы оплаты труда не применяются (n=4)	0	В сестринский процесс внедряются инновации (n=2)	0,5/1,0	Не внедряются инновации в сестринском процессе (n=6)	0	n=2	1,0
4	Стиль руководства	Авторитарный (n=1)	0,5/0,5	Демократический (n=4)	0,75/3,0	Либеральный (n=3)	0,5/1,5	n=8	5,0
5	Корпоративность	Удовлетворенность трудом материальная и психологическая (n=4)	1,0/4,0	Благоприятный психологический климат (n=5)	0,75/3,25	Не благоприятный психологический климат (n=3)	0	n=8	7,25
Итого сумма баллов									22,0

Примечание - n - число руководителей сестринским процессом.

В основном стиль руководства отмечен четырьмя руководителями СМР, как демократический (0,75 балла), три руководителя - либеральный тип (0,5 балла) и один - авторитарный тип (0,5 балла). В итоге сумма баллов - (5,0). Большое значение для большинства руководителей имеет корпоративность или удовлетворенность работой. Это отметили четыре руководителя (1 балл), благоприятный психологический климат в коллективе также отметили пять руководителей (0,75 балла). Всего в сумме баллов руководители сестринским процессом в ЦСМ № 5 г. Бишкек набрали 22 балла.

Анализ экспертной оценки сестринским процессом управления руководителями ИООБ г. Каракол показал (таблица 3.4.2), что из четырех руководителей (заместитель директора по сестринскому делу, главная медицинская сестра и две старших медицинских сестры). Из них имеют высшее сестринское образование два специалиста (1 балл), средне-специальное два (0,75 балла), сумма баллов по первому вопросу анкеты составила (3,5). Участие в научной конференции отметил только один руководитель сестринским процессом (1 балл), а также участие в научных публикациях (0,25 балла), сумма баллов составила (1,25). По внедрению в сестринский процесс элементов инновационных технологий из четырех руководителей, только один отметил, что некоторые элементы внедряются (0,5 балла), другие методы такие как, новые формы оплаты труда и внедрение современных инноваций не применяются, сумма баллов - (0,5). Стиль руководства в основном демократический, это отметили три руководителя (0,75 балла) и авторитарный стиль указал только один руководитель (1 балл). Соответственно, сумма баллов по данному элементу составил - 3,25. Элементы корпоративности такие, как удовлетворенность трудом (материальное и психологическое) отметили четыре специалиста (1,0 балл), благоприятный психологический климат в коллективе указали три руководителя (0,75 балла), неблагоприятный психологический климат отметил один специалист (0 баллов). Сумма баллов составила - 6,25.

Всего специалистами по управлению сестринским процессом по основным элементам, сумма баллов составила - 14,75.

Таблица 3.4.2 - Экспертная оценка основных элементов управления руководителей сестринским персоналом Иссык-Кульской объединенной больницы г. Каракол

№ пп	Элемент управления	Основные элементы управления						Всего руководителей	Всего баллов
		Содержание элементов	Балл/ всего	Содержание элементов	Балл/ всего	Содержание элементов	Балл/ всего		
1	Уровень образования	Высшее сестринское (n=2)	1,0/2,0	Средне-специальное (n=2)	0,75/1,5	Отсутствие образования (n=2)	0	4	3,5
2	Участие в научной работе	Участие в конференциях (n=1)	1,0/1,0	Участие в публикации (n=1)	0,25/0,25	Не участвует (n=3)	0	1	1,25
3	Внедрение инноваций в сестринский процесс	Новые формы оплаты труда не применяются (n=4)	0	В сестринском процессе внедрение инноваций (n=1)	0,5/0,5	Не внедряются инновации в сестринском процессе (n=3)	0	1	0,5
4	Стиль руководства	Авторитарный (n=1)	1,0/1,0	Демократический (n=3)	0,75/2,25	Либеральный (n=0)	0,5/0,5	4	3,25
5	Корпоративность	Удовлетворенность трудом (материальное и психологическое), n=4	1,0/4,0	Благоприятный психологический климат (n=3)	0,75/2,25	Не благоприятный психологический климат (n=1)	0	3	6,25
Итого баллов								14,75	

Примечание: n - число руководителей сестринским процессом.

Таким образом, в ЦСМ менеджмент управления сестринским процессом налажен несколько лучше, чем в стационаре. Несмотря на то, что в ИООБ г. Каракол управляют два специалиста имеющих высшее сестринское образование недостаточно налажена научная работа, не внедряются в полной мере инновационные и корпоративные подходы в ходе реализации сестринской профессиональной деятельности.

Необходимо отметить, что в организациях здравоохранения отмечается важность демократического стиля управления, которые определяют лидерские способности руководителя, но также и вызывает настороженность, что в обеих организациях здравоохранения существует авторитарный тип управления с минимальной оценкой стиля.

Проведена экспертная оценка СМР ЦСМ № 5 г. Бишкек и ИООБ по вопросам аспектов о роли медицинских сестер и использование в их профессиональной деятельности элементов менеджмента (таблица 3.4.3).

Таблица 3.4.3 - Элементы менеджмента, влияющие на сестринский процесс

№ пп	Элемент	ЦСМ № 5 г. Бишкек (n=84)		Иссык-Кульская объединенная больница г. Каракол (n=491)	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Удовлетворенность работой	32	38,1±5,2	212	43,1±2,2*
2	Необходимость повышение статуса	79	94,0±2,5	472	96,1±0,8*
3	Использование знаний после прохождения квалификации	41	48,8±5,4	411	83,7±1,6**
4	Эффективность внедрения инноваций	23	27,4±4,8	123	25,0±1,9*
5	Организация рабочего места	81	96,4±2,0	295	60,0±2,2**

Примечание: n - число средних медицинских работников; P±m - интенсивный показатель и ошибка репрезентативности; * - p>0,05; ** - p<0,001.

Экспертная оценка деятельности медицинских сестер проведена методом социологического опроса, т.е. анкетирования. Значительная роль в организации сестринского процесса принадлежит оценке эффективности применения элементов совершенствования управления и повышения роли медицинской сестры. Медицинские работники среднего звена оценили элементы сестринского процесса, влияющие на качество оказания медицинских услуг, повышения их роли и статуса в организации здравоохранения и внедрения инноваций. Из общего числа опрошенных СМР, только $38,1 \pm 5,2$ ($n=32$) в ЦСМ №5 и $43,1 \pm 2,2$ ($n=212$) в ИООБ ответили, что удовлетворены своей профессиональной деятельностью, но существенных различий в ответах не выявлено, $p > 0,05$. Как в ЦСМ № 5, так и в ИООБ большая часть ответили о необходимости повышения статуса медицинской сестры - $94,0 \pm 2,5$ ($n=79$) и $96,1 \pm 0,8$ ($n=472$), $p > 0,05$. Вызывает настороженность, что только $48,8 \pm 5,4$ ($n=41$) СМР применяют знания в своей профессиональной деятельности после прохождения курсов повышения квалификации, тогда как в стационаре таких работников больше, которые используют полученные знания - $83,7 \pm 1,6$ ($n=411$), $p < 0,001$. Эффективность внедрения инновационных подходов в организации здравоохранения оценили положительно только четвертая часть опрошенных - $27,4 \pm 4,8$ ($n=23$) и $25,0 \pm 1,9$ ($n=123$) в ЦСМ и в стационаре, $p > 0,05$. Организация рабочего места СМР имеет также большое значение при выполнении своей ежедневной профессиональной деятельности, по оптимизации сестринского процесса. Довольны организацией рабочего места в большей степени медицинские работники ЦСМ № 5 г. Бишкек, чем ИООБ - $96,4 \pm 2,0$ ($n=81$) и $60,0 \pm 2,2$ ($n=295$) соответственно, $p < 0,001$.

Таким образом, результаты исследования показали, что в ЦСМ № 5, СМР в меньшей степени удовлетворены работой, не эффективно используют новые знания, но удовлетворены организацией рабочего места. В ИООБ средние медицинские работники больше удовлетворены работой, используют знания, полученные после прохождения курсов повышения квалификации. В целом, средние медицинские работники говорят о необходимости повышения статуса,

но, к сожалению, в обеих организациях эффективность внедрения сестринских инноваций слабая.

Оценка научно-организационных аспектов по совершенствованию управления медицинским персоналом среднего звена, применялась экспертная оценка врачами-экспертами деятельности СМР (таблица 3.4.4) по шкале аналитической оценки, предложенной Кендаллом, используемой И. П. Карповой (2008), с учетом поправок по экспертизе [45]. Оценка профессиональной деятельности СМР ЦСМ № 5 г. Бишкек по специальной аналитической шкале показала, что наибольший балл набран специалистами, имеющими высокий образовательный уровень (+1,5 балла), средне-специальное образование (0 балла), повышают свою квалификацию постоянно (+2,0 балла). Средний балл по профессиональным компетенциям составил (+3,5 балла). По разделу интенсивности труда и ответственности, высокая (+2,0 балла), низкая (-2,0 балла), не выполняется, нет ответственности (-2,0 балла). Средний балл (-2,0) (от +2,0 до -4,0). Средние медицинские работники выполняют в большей степени нагрузку (+1,0 балл), помогают коллегам в течение дня (+1,0 балл), оказывают помощь нуждающимся пациентам (+2,0 балла). Средний балл составил (+4,0 балла). По шкале нарушения в профессиональной деятельности отмечались такие нарушения, как трудовой дисциплины (-1,5 балла), не выход на работу без причины (-3,0 балла), этических норм (-3,0 балла), соответственно средний балл составил (-7,5). Устные жалобы со стороны пациентов оценены в (-2,0 балла), письменные (-2,0 балла), от родственников (-1,0 балл). Средний балл (-5,0). Выполнение средними медицинскими работниками поручений врача (+2,0 балла), отказ от выполнения (-1,5 балла), выполняются не полностью (-1,0 балл). Сумма баллов составила (-0,5) (от +2,0 до -2,5). Таким образом, в сумме набрано средними медицинскими работниками ЦСМ № 5 г. Бишкек (+7,5 балла) и (-15,0 балла), следовательно, сумма баллов составляет в итоге (-7,5 балла), что характеризует организацию менеджмента средних медицинских работников в организации здравоохранения, как удовлетворительную.

Таблица 3.4.4 - Оценка профессиональной деятельности средних медицинских работников ЦСМ № 5 г. Бишкек в баллах
(n=76)

№ пп	Элемент	Показатели (баллы)						Средний балл
		Элемент	баллы	Элемент	баллы	Элемент	баллы	
1	Образовательный уровень (профессиональная подготовка)	Хорошее	+1,5	Средне-специальное	0	Повышение квалификации	+2,0	+3,5
2	Интенсивность труда, ответственность	Высокая	+2,0	Низкая	-2,0	Не выполняется, нет ответственности	-2,0	-2,0 (от +2,0 до -4,0)
3	Выполнение нагрузки	Выполняется	+1,0	Помощь коллегам	+1,0	Помощь пациентам	+2,0	+4,0
4	Нарушения профессиональной деятельности	Трудовой дисциплины	-1,5	Не выход на работу без причины	-3,0	Нарушение профессиональной этики	-3,0	-7,5
5	Жалобы со стороны пациентов	Устная	-2,0	письменное	-2,0	От родственников	-1,0	-5,0
6	Выполнение поручений врача	Выполнение	+2,0	Отказ от выполнения	-1,5	Выполнение не полностью	-1,0	-0,5 (от +2,0 до -2,5)
	Всего баллов	-7,5 (от +7,5 до -15,0)						

Оценка профессиональной деятельности средних медицинских работников в Иссык-Кульской объединенной больнице г. Каракол (таблица 3.4.5) показала хороший уровень образования (+1,5 балла), наличие только средне-специального образования (0 балла), повышается периодически уровень квалификации (+1,0 балл). Сумма баллов составила (+2,5).

Интенсивность труда и ответственность определена в общей сумме (-2,0 балла) (от +1,5 до -3,5), высокая ответственность (+1,5 балла), у незначительной части - низкая ответственность (-1,5 балла), не ответственны (-2,0 балла). Выполняется полностью нагрузка средним медицинским персоналом (+1,0 балл), оказывают помощь коллегам (+1,0 балл) и помощь пациентам (+2,0 балла). Сумма баллов (+4,0).

Нарушение профессиональной деятельности отметили нарушение трудовой дисциплины (-1,5 балла), не выход на работу отдельных сотрудников без уважительной причины (-1,5 балла), нарушение этики общения (-3,0 баллов). Итого сумма баллов составляет (-6,0). Жалобы со стороны пациентов в основном были в устной форме (-2,0 балла), в письменной форме отмечались с незначительной частотой (-1,5 балла) и от родственников (-1,0 балла). Итого сумма баллов составляет (-4,5).

Выполняются поручения врача (+1,5 балла), отказ от выполнения некоторыми сотрудниками (-1,0 балл), не полностью выполняется отдельными специалистами (-0,75 балла). Сумма баллов (-0,25) (от +1,5 до -1,75).

Таким образом, в сумме набрано средними медицинскими работниками ИООБ (+7,5 балла) и (-12,25 балла), следовательно, сумма баллов составляет в итоге (-4,75), что характеризует организацию менеджмента СМР в организации здравоохранения, как удовлетворительную.

Согласно оценочной шкалы, по сумме СМР ЦСМ № 5 г. Бишкек набрали (-7,5 балла), а ИООБ (-4,75 балла), что показывает недостаточную организацию сестринского процесса, особенно в ЦСМ № 5.

Таблица 3.4.5 - Оценка профессиональной деятельности средних медицинских работников Иссык-Кульской объединенной больницы г. Каракол

№ п/п	Элемент	Показатель (баллы)						Средний балл
		Оценка	баллы		баллы		баллы	
1	Образовательный уровень (профессиональная подготовка)	Хорошее	+1,5	Средне-специальное	0	Повышение квалификации	+2,0	+3,5
2	Интенсивность труда, ответственность	Высокая	+1,5	Низкая	-1,5	Не ответственная	-2,0	-2,0 (от +1,5 до -3,5)
3	Выполнение нагрузки	Выполняется	+1,0	Помощь коллегам	+1,0	Помощь пациентам	+2,0	+4,0
4	Нарушения профессиональной деятельности	Трудовой дисциплины	-1,5	Не выход на работу без причины	-1,5	Нарушение этики	-3,0	-6,0
5	Жалобы со стороны пациентов	Устная	-2,0	Письменная	-1,5	От родственников	-1,0	-4,5
6	Выполнение поручений врача	Выполняется	+1,5	Отказ от выполнения	-1,0	Выполнение не полностью	-0,75	-0,25 (от +1,5 до -1,75)
	Всего баллов	-4,75 (от +7,5 до -12,25)						

С целью принятия эффективных решений управления одним из самых значимых является анкетирование не только СМР, руководителей, но и анкетирование населения по оказанию медицинской помощи (таблица 3.4.6). Значительная часть опрошенных пациентов обращаются в ЦСМ № 5 г. Бишкек один раз в два месяца - $75,0 \pm 5,2$ ($n=51$), а пациенты ИООБ в основном один раз в полгода - $84,9 \pm 4,1$ ($n=62$), $p > 0,05$. Анкетный опрос населения показал, что удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в ЦСМ №5 более половины пациентов - $54,4 \pm 6,0$ ($n=37$), тогда как оказанием медицинской помощи в ИООБ только $38,4 \pm 5,6$ ($n=28$), $p > 0,05$. Неудовлетворены оказанием медицинской помощи ЦСМ № 5 $45,6 \pm 6,0$ ($n=31$) и ИООБ $61,6 \pm 5,6$ ($n=45$) пациентов, $p > 0,05$.

Огромное значение имеет взаимодействие средних медицинских работников с членами семьи пациентов. Удовлетворительно ответили в указанных организациях здравоохранения только ($17,7 \pm 4,6$, $n=12$ и $26,0 \pm 5,1$, $n=19$, соответственно) пациентов, $p > 0,05$. Неудовлетворены работой средних медицинских работников по взаимодействию с родственниками ($82,3 \pm 4,6$, $n=56$ и $74,0 \pm 5,3$, $n=54$, соответственно) пациентов, $p > 0,05$. Схожие результаты опроса по проведению профилактической работы как в ЦСМ № 5, так и в ИООБ. Пациенты считают, что проводится профилактическая работа в ($30,8 \pm 5,5$, $n=21$ и $23,3 \pm 4,9$, $n=17$, соответственно) случаях, $p > 0,05$. Тогда, как большая часть пациентов ($69,2 \pm 5,6$, $n=47$ и $76,7 \pm 4,9$, $n=56$, соответственно), $p > 0,05$ указывают, что профилактическая работа плохо проводится в обеих организациях. Выполнение всех назначений врача СМР, пациенты чаще указывали ЦСМ №5 - $82,3 \pm 4,5$ ($n=57$), чем в ИООБ - $43,8 \pm 5,8$ ($n=32$), $p < 0,001$. Не выполняют всех назначений врача средние медицинские работники в ЦСМ № 5 меньше $6,2 \pm 4,4$ ($n=11$), чем в объединенной больнице $56,2 \pm 5,8$ ($n=41$), $p < 0,001$.

Многие пациенты считают, что для улучшения качества оказания медицинской помощи необходимо более лучшее материально-техническое оснащение организаций здравоохранения.

Таблица 3.4.6 - Анкетный опрос населения по оказанию медицинской помощи специалистами сестринского процесса

№ п/п	Название	ЦСМ № 5 (n=68)				Иссык-Кульская объединенная больница (n=73)			
		Да		Нет		Да		Нет	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Удовлетворенность качеством медицинской помощи	37	54,5±6,0	31	45,6±6,0*	28	38,4±5,6*	45	61,6±5,6**
2	Взаимодействие с родственниками	12	17,7±4,6	56	82,3±4,6***	19	26,0±5,1*	54	74,0±5,3***
3	Проведение профилактической работы	21	30,8±5,5	47	69,2±5,6***	17	23,3±4,9*	56	76,7±4,9***
4	Выполнение всех назначений врача	57	83,8±4,5	11	16,2±4,4***	32	43,8±5,8***	41	56,2±5,8*
5	Улучшение материальной базы и аппаратуры	47	69,1±5,6	21	30,9±5,6***	59	80,8±4,6*	14	19,2±4,6***

Примечание: P±m - интенсивный показатель и ошибка репрезентативности; * - p>0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

Таковых пациентов в обоих медицинских учреждениях составляло ($69,1 \pm 5,6$, $n=47$ и $80,8 \pm 4,6$, $n=59$, соответственно), чем тех, которые считают, что оснащение медицинской организации не влияет на качество оказания медицинской помощи медицинскими сестрами ($30,9 \pm 5,6$, $n=21$ и $19,2 \pm 4,6$, $n=14$, соответственно), $p > 0,05$.

Таким образом, проведенная оценка мнений пациентов по оказанию сестринской помощи показала, что в ЦСМ № 5 г. Бишкек пациенты чаще указывали, что они удовлетворены качеством оказания медицинской помощи средними медицинскими работниками, проводимой профилактической работой и своевременным выполнением назначений врача.

В ИООБ пациенты чаще указывали, что средний медицинский персонал не проводит взаимодействия с родственниками, профилактическую работу и не все назначения врача выполняются, но в большей степени заинтересованы в улучшении материально-технической базы организации здравоохранения.

В связи с этим, по данным анкетирования определен коэффициент социальной доступности медицинской помощи (КДсмп) по числу пациентов, обратившихся в организацию здравоохранения (положительная оценка медицинской помощи пациентами к числу опрошенных).

Доступность и удовлетворенность медицинской сестринской помощи в ЦСМ № 5 г. Бишкек составила:

$$\text{КДсмп} = \frac{54,4 \times 100}{68} = 80,0\%$$

По ИООБ доступность и удовлетворенность:

$$\text{КДсмп} = \frac{38,4 \times 100}{73} = 52,6\%$$

Таким образом, уровень удовлетворенности и доступности населения сестринской медицинской помощи выше в 1,5 раза в ЦСМ № 5 г. Бишкек, чем в ИООБ.

Необходимым условием экспертного анализа является определение согласованности мнений экспертов.

По определению согласованности мнений экспертов, принимавших участие в оценке менеджмента сестринского процесса. Нами, рассчитан показатель конкордации (коэффициент Кендалла) [21]:

$$W = \frac{12 \cdot S}{m^2(n^3 - n)}, \quad (3.4.1)$$

где S – разность рангов;

m – число экспертов (пять);

n – число элементов (шесть).

Показатель конкордации W составил 0,18 ($1 - 0,18 = 0,82$). Это означает, что мнения экспертов совпадают по оценке элементов профессиональной деятельности средних медицинских работников.

Таким образом, экспертная оценка менеджмента сестринского процесса руководителями, медицинскими сестрами, пациентами показала высокую согласованность мнений по недостаточному внедрению элементов менеджмента в сестринское дело.

Заключение. Проведенный анализ кадрового обеспечения ЦСМ средним медицинским персоналом показал резкое снижение в 2021 году укомплектованности средним медицинским персоналом, за исключением г. Ош, при этом увеличился коэффициент совместительства, кроме городов Бишкек и Ош. Укомплектованность стационаров средними медицинскими работниками имела тенденция снижения во все годы, кроме 2016 года. В республике высокая укомплектованность от 96,1% до 93,1% в изучаемые годы, кроме 2021 года (87,5%). Наблюдалась низкая укомплектованность средними медицинскими работниками стационаров Таласской области (за исключением 2018-2020 годов) и в целом в 2021 году по регионам, кроме Баткенской, Джалал-Абадской областей и двух городов.

Оценка коэффициента совместительства средними медицинскими работниками в стационарах показал, что в целом по республике в динамике

показатель был стабильным на уровне 1,3 во все годы. Наибольший коэффициент совместительства по Иссык-Кульской (1,7), Таласской (1,7) и Нарынской (1,6) областям.

По Кыргызской Республике в целом, число штатных должностей по плану составляет 32880 средних медицинских работников, из них оказывающих практическую медицинскую помощь - 27213, процент укомплектованности медицинскими работниками первичной медицинской помощи - 83,5%, а стационарной - 87,5%. Фактическое число средних медицинских работников, оказывающих практическую медицинскую помощь, составляет 22722 специалистов. Выявлено недостающее число средних медицинских работников, процент укомплектованности снизился на 16,5% на первичном уровне и 12,5% в стационарах, недостающее число специалистов среднего звена составило 4491 и 3401, соответственно. По регионам отмечается значительная разница в обеспеченности средними медицинскими работниками. Первые ранговые места занимают Чуйская, Таласская и Ошская области. В стационарах недоукомплектованность более существенна в Чуйской, Иссык-Кульской и Ошской областях. Данные результаты показывают, что необходима государственная политика, направленная на снижение оттока медицинских работников среднего звена, а также необходимы научно-обоснованные нормативы потребности в медицинских кадрах, оказывающих практическую медицинскую помощь.

С 2015 по 2021 годы в целом по Кыргызской Республике рассчитана фактическая численность средних медицинских работников, т.е. по исследуемым годам не изменяется за исключением 2021 года.

В республике кадровые сдвиги числа средних медицинских работников характеризуются резким снижением в 2021 году, в сравнении с 2015 годом (12964,8 и 9463,0, соответственно). Снижение составило 3501,8 специалистов, т.е. на -27,0%, что определяет максимальные кадровые потери (>5,0). По регионам наблюдались максимальные потери убыли специалистов среднего звена. Значительное снижение кадров средних медицинских работников

наблюдалось в Ошской, Таласской, Баткенской областях. При отрицательном сдвиге движения кадров во все годы, менее всего снижение отмечалось в г. Бишкек и г. Ош.

Наибольший удельный вес в структуре кадрового потенциала Иссык-Кульской областной объединенной больницы г. Каракол занимают средние медицинские работники специализированных отделений, реанимационного отделения и лаборанты клинической лаборатории. В ЦСМ № 5 высокий удельный вес приходится на средних медицинских работников семейной медицины, манипуляционной, лаборантов клинических лабораторий и старших медицинских сестёр ГСВ, на другие должности специалистов среднего звена приходится незначительный удельный вес. На одного врача приходится 3 средних медицинских работника (1:3). В основном стаж работы средних медицинских работников составляет 21-25 лет, 31-35 лет и 1-5 лет. В ЦСМ № 5 г. Бишкек возрастной состав средних медицинских работников приходится на возраст 30-40 лет и 20-30 лет, Иссык-Кульской объединенной больнице в основном возрастной состав средних медицинских работников представлен от 20 до 50 лет.

В ЦСМ № 5 г. Бишкек и Иссык-Кульской областной объединенной больнице большинство средних медицинских работников не имеют профессиональной категории. В Иссык-Кульской объединенной больнице высокий удельный вес составляют специалисты высшей категории, тогда как в ЦСМ № 5 второй категории. В ЦСМ № 5 уровень сертификации средних медицинских работников выше 1,8 раза, чем в Иссык-Кульской областной объединенной больнице.

В ЦСМ № 5 врачами экспертами установлено, что чаще выполнялась нагрузка средними медицинскими работниками, выше уровень образования, более ответственно относятся к выполнению своих профессиональных обязанностей, выполняют индивидуальные задания врачей. В Иссык-Кульской областной объединенной больнице реже происходят нарушения трудовой дисциплины, нарушение этики, чаще оказывают помощь сотрудникам и, к

сожалению, на средних медицинских работников чаще поступают жалобы пациентов.

Руководители сестринским процессом в ЦСМ № 5 набрали 22 балла, Иссык-Кульской областной объединенной больницы - 6,25. В ЦСМ № 5 г. Бишкек менеджмент управления сестринским процессом налажен несколько лучше, чем в Иссык-Кульской областной объединенной больнице. Несмотря на то, что в Иссык-Кульской объединенной больнице г. Каракол управляют два специалиста имеющих высшее сестринское образование недостаточно налажена научная работа, не внедряются в полной мере инновационные и корпоративные подходы в ходе реализации сестринской профессиональной деятельности.

Необходимо отметить, что как в ЦСМ № 5, так и в Иссык-Кульской объединенной больнице отмечается важность демократического стиля управления, которые определяют лидерские способности руководителя, но также и вызывает настороженность, что в обеих организациях здравоохранения существует авторитарный тип управления с минимальной оценкой стиля.

В ЦСМ № 5, средние медицинские работники в меньшей степени удовлетворены работой, не эффективно используют новые знания, но удовлетворены организацией рабочего места. В Иссык-Кульской областной объединенной больнице средние медицинские работники больше удовлетворены работой, используют знания, полученные после прохождения курсов повышения квалификации. В целом, средние медицинские работники говорят о необходимости повышения статуса, но, к сожалению, в обеих организациях эффективность внедрения сестринских инноваций слабая.

Сумма баллов экспертной оценки врачей ЦСМ № 5 деятельности средних медицинских работников составила (-7,5 балла), а в Иссык-Кульской областной объединенной больницы (-4,75), что характеризует организацию менеджмента средних медицинских работников в организациях здравоохранения, как удовлетворительную. При этом, организация сестринского процесса, по оценочной шкале недостаточная, особенно в ЦСМ № 5.

В ЦСМ № 5 пациенты чаще указывали, что они удовлетворены качеством оказания медицинской помощи средними медицинскими работниками, проводимой профилактической работой и своевременным выполнением назначений врача. В Иссык-Кульской областной объединенной больнице пациенты чаще указывали, что средний медицинский персонал не проводит взаимодействия с родственниками, профилактическую работу и не все назначения врача выполняются, но в большей степени заинтересованы в улучшении материально-технической базы организации здравоохранения. Уровень удовлетворенности и доступности населения сестринской медицинской помощи выше в 1,5 раза в ЦСМ № 5, чем в Иссык-Кульской областной объединенной больнице. Экспертная оценка менеджмента сестринского процесса руководителями, медицинскими сестрами, пациентами показала высокую согласованность мнений по недостаточному внедрению элементов менеджмента в сестринское дело. Оборот кадров и их текучесть по медицинским сёстрам характеризовалась некоторой незначительной стабильностью в 2015 - 2018 и 2020 годы. Незначительная текучесть медицинских сестёр наблюдалась в 2019 и 2021 годы.

Полученные результаты необходимо использовать при разработке мероприятий, направленных на уменьшение текучести кадрового состава и как результат повышения эффективности управленческих решений, направленных на сохранение человеческих ресурсов в системе здравоохранения.

ГЛАВА 4

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

В Программе развития сестринского дела и образования в Кыргызской Республике на 2019-2023 годы ставится задача повышения качества медицинской помощи, решение которой невозможно без человеческого ресурса, в частности специалистов среднего звена [83], выполняющих большой объем профилактической, диагностической, лечебной и социальной помощи.

Сестринская служба – важнейшее звено системы здравоохранения в любой стране. В последние годы мы видим, как меняется не только объем и характер работы медицинской сестры, меняются подходы к организации сестринских служб в лечебных учреждениях [25, 76]. Как значимый компонент современной системы здравоохранения, средние медицинские работники располагают реальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной медицинской помощи [53, 96]. Ключевыми ресурсами системы повышения качества медицинской помощи являются квалифицированные кадры, в том числе и средний медицинский персонал. Улучшение качества сестринской помощи – это одна из основных составляющих качества медицинской помощи.

В настоящее время необходима подготовка средних медицинских работников будущего, наделенных новыми знаниями и новыми полномочиями [89].

Нами проведено социологическое исследование с помощью анкетирования 232 средних медицинских работников. Из них 48,3±3,2 работали в ЦСМ (n=112) и 51,7±3,2 респондентов в стационаре (n=120), $p>0,05$ (таблица 4.1). Большинство респондентов (34,9±3,1) имели стаж работы 6-10 лет, из них

18,1±2,5 работали в ЦСМ и 16,8±2,4 в стационарах, $p>0,05$. Из числа 30,2±3,0 респондентов, имеющих стаж 11-15 лет 16,0±2,4 средних медицинских работников были из ЦСМ и 14,2±2,2 из стационаров, $p>0,05$. Более 15 лет имели 25,0±2,8 респондентов, соответственно из ЦСМ - 8,2±1,7 и со стационаров - 16,8±2,4, $p<0,01$. Лишь 9,9±1,9 респондентов имели стаж от 1 до 5 лет, из них 6,0±1,5 работали в ЦСМ и в стационарах - 3,9±1,2, $p>0,05$ [8, 9].

Таблица 4.1 - Стаж работы в организации здравоохранения (на 100 респондентов)

№ пп	Стаж работы	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ		Стационар		абс. число	P±m
		абс. число	P±m	абс. число	P±m		
1.	1-5 лет	14	6,0±1,5	9	3,9±1,2*	23	9,9±1,9
2.	6-10 лет	42	18,1±2,5	39	16,8±2,4*	81	34,9±3,1
3.	11-15 лет	37	16,0±2,4	33	14,2±2,2*	70	30,2±3,0
4.	Более 15 лет	19	8,2±1,7	39	16,8±2,4**	58	25,0±2,8

Примечание - P±m – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности;
* - $p>0,05$, ** - $p<0,01$.

Одним из актуальных проблем системы здравоохранения является кадровое обеспечение средними медицинскими работниками. Несомненно, потенциал повышения качества оказываемой медицинской помощи заложен в их работе. Поэтому в настоящее время повышаются требования к квалификации, а также к профессиональному развитию медицинских сестер [89].

Так, значительная часть опрошенных имела квалификационную категорию (78,0±2,7), и таковых было больше в числе работающих в стационаре (41,8±3,2), чем в ЦСМ (36,2±3,1), $p>0,05$ (таблица 4.2).

К сожалению, $22,0 \pm 2,7$ средних медицинских работников не имели квалификационной категории, из них $12,0 \pm 2,1$ работали в ЦСМ и $9,9 \pm 1,9$ в стационаре, $p > 0,05$ [8].

Таблица 4.2 - Наличие квалификационной категории у средних медицинских работников (на 100 респондентов)

№ пп	Организация здравоохранения	Ответ				Вероятность безошибочного прогноза (p)
		Да		Нет		
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$	
1.	ЦСМ	84	$36,2 \pm 3,1$	28	$12,0 \pm 2,1$	$p < 0,001$
2.	Стационар	97	$41,8 \pm 3,2$	23	$9,9 \pm 1,9$	$p < 0,001$
	Всего	181	$78,0 \pm 2,7$	51	$22,0 \pm 2,7$	$p < 0,001$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности, p – вероятность безошибочного прогноза.

Средние медицинские работники - это одна из специальностей, значимость, которой очень трудно переоценить. Профессия медицинских работников связана с высокой степенью ответственности, необходимостью постоянного повышения квалификации, повышенными физическими и умственными нагрузками, ненормированным рабочим днем. И тем более, медицинская профессия не всегда безопасна.

В данных организациях здравоохранения, достоверно больше неудовлетворенных ($30,6 \pm 3,0$ и $37,9 \pm 3,1$), чем удовлетворенных заработной платой ($17,6 \pm 2,5$ и $26,7 \pm 4,0$), $p < 0,001$ (таблица 4.3). Наименьшая удовлетворенность заработной платой отмечена в ЦСМ. Это связано с тем, что на уровне ПМСП уровень заработной платы у средних медицинских работников ниже по сравнению с стационарами, так как в стационарах фонд оплаты труда выше ввиду наличия средств сооплаты, а также за ночные дежурства и срочные вызовы.

Таблица 4.3 - Удовлетворенность средних медицинских работников (на 100 респондентов)

№ пп	Фактор	ЦСМ				Стационар				Вероят- ность безоши- бочного прогноза (p _{1,3})	Вероят- ность безоши- бочного прогноза (p _{2,4})
		Удовлетворены ¹		Не удовлетворены ²		Удовлетворены ³		Не удовлетворены ⁴			
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m		
1	Заработная плата	41	17,6±2,5	71	30,6±3,0	32	26,7±4,0	88	37,9±3,1	>0,05	>0,05
2	Режим работы	78	33,6±3,1	34	14,6±2,3	53	22,8±2,7	67	28,8±2,9	<0,01	<0,001
3	Объем работы	29	12,5±2,1	83	35,7±3,1	33	14,2±2,2	87	37,5±3,1	<0,001	>0,05
4	Профессиональный рост	34	14,6±2,3	78	33,6±3,1	62	26,7±2,9	58	25,0±2,8	<0,001	<0,05
5	Социальная значимость профессии	58	25,0±2,8	54	23,2±2,7	105	45,2±3,2	15	6,4±1,6	<0,001	<0,001
6	Условия труда	69	29,7±2,9	43	18,5±2,5	38	16,3±2,4	82	35,3±3,1	<0,001	<0,001
7	Интерес к работе	101	43,5±3,2	11	4,7±1,3	89	38,3±3,1	31	13,3±2,2	>0,05	<0,001
8	Моральное удовлетворение	94	40,5±3,2	18	7,7±1,7	111	47,8±3,2	9	3,8±1,2	>0,05	>0,05
9	Стабильность	95	40,9±3,2	17	7,3±1,7	108	46,3±3,2	12	5,1±1,4	>0,05	>0,05
10	Использование знаний и навыков в повседневной жизни	106	45,6±3,2	6	2,5±1,0	113	48,7±3,2	7	3,0±1,1	>0,05	>0,05

Примечание - P±m – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности, p – вероятность безошибочного прогноза.

Ввиду низкой заработной платы, некоторые медицинские работники вынуждены уйти из медицины и перейти на более высокооплачиваемую работу. Режимом работы больше удовлетворены в ЦСМ ($33,6 \pm 3,1$), чем в стационаре ($22,8 \pm 2,7$), $p < 0,01$, а не удовлетворенных наоборот ($28,8 \pm 2,9$ и $14,6 \pm 2,3$), $p < 0,001$. Медицинские работники среднего звена несут ответственность за пациентов, проведение процедур и манипуляций, оформление документации, то есть столько обязанностей, требующих особого внимания, времени и сил. Данные опроса подтвердили данное суждение. В ЦСМ и стационарах средние медицинские работники больше считают, что объем работы большой ($35,7 \pm 3,1$ и $37,5 \pm 3,1$), $p > 0,05$, чем те кого объем работы устраивает ($12,5 \pm 2,1$ и $14,2 \pm 2,2$), $p < 0,001$. Возможность профессионального роста больше рассматривают средние медицинские работники, работающие в стационаре ($26,7 \pm 2,9$), чем в ЦСМ ($14,6 \pm 2,3$), $p < 0,001$. Не удовлетворенных профессиональным ростом больше в ЦСМ ($33,6 \pm 3,1$) нежели в стационаре ($25,0 \pm 2,8$), $p < 0,05$. Условия труда больше устраивают средних медицинских работников ЦСМ ($29,7 \pm 2,9$), чем стационаров ($16,3 \pm 2,4$), $p < 0,001$, но неудовлетворенных наоборот больше в стационаре ($35,3 \pm 3,1$) нежели в ЦСМ ($18,5 \pm 2,5$), $p < 0,001$. Большинство средних медицинских работников стационаров ($45,2 \pm 3,2$), чем ЦСМ ($25,0 \pm 2,8$) считают, что их профессия престижна, авторитетна, $p < 0,001$. Противоположное мнение имеют больше средние медицинские работники ЦСМ ($23,2 \pm 2,7$) по сравнению с работающими в стационарах ($6,4 \pm 1,6$), $p < 0,001$ [8].

Следует отметить, что для преобладающего большинства оказание помощи людям, спасение жизней для многих становятся определяющим моментом, потому между средними медицинскими работниками первичного и вторичного уровня не выявлено существенных различий ($40,5 \pm 3,2$ и $47,8 \pm 3,2$), $p > 0,05$. В $7,7 \pm 1,7$ и $3,8 \pm 1,2$ случаях медработники не получали морального удовлетворения, $p > 0,05$. Несмотря на это работа интересна для $43,5 \pm 3,2$ и $38,3 \pm 3,1$ средних медработников обеих организаций здравоохранения, $p > 0,05$. Частота лиц у которых работа не вызывает интерес незначительна, при этом

таковых больше среди работающих в стационарах ($13,3 \pm 2,2$), чем в ЦСМ ($4,7 \pm 1,3$), $p < 0,001$. Наличие работы в какой-то мере свидетельствует о стабильности в жизни. Об этом свидетельствуют мнения $40,9 \pm 3,2$ средних медработников ЦСМ и $46,3 \pm 3,2$ средних медработников стационаров, $p > 0,05$. Противоположное мнение имеют $7,3 \pm 1,7$ и $5,1 \pm 1,4$ соответственно работников, $p > 0,05$.

Каждому человеку в любой момент жизни могут пригодиться медицинские знания. Так, в повседневной жизни используют знания и навыки профессии большинство респондентов ЦСМ ($45,6 \pm 3,2$) и стационаров ($48,7 \pm 3,2$), $p > 0,05$, не использует лишь незначительная часть ($2,5 \pm 1,0$ и $3,0 \pm 1,1$), $p > 0,05$. При возможности смены работы $47,8 \pm 3,2$ респондентов поменяли бы место работы, при этом не выявлено существенной разницы между средними работниками ЦСМ ($27,2 \pm 2,9$) и стационара ($20,7 \pm 2,6$), $p > 0,05$ (таблица 4. 4).

Таблица 4.4 - Смена места работы (на 100 респондентов)

№ пп	Ответ	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ		Стационар		абс. чис- ло	P±m
		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m		
1	Да	63	$27,2 \pm 2,9$	48	$20,7 \pm 2,6^*$	111	$47,8 \pm 3,2$
2	Нет	28	$12,1 \pm 2,1$	54	$23,3 \pm 2,7^{***}$	82	$35,4 \pm 3,1^{**}$
3	Затрудняюсь ответить	21	$9,1 \pm 1,8$	18	$7,7 \pm 1,7^*$	39	$16,8 \pm 2,4^{***}$

Примечание - P±m – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности; * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,001$.

Среди работников, которые бы не поменяли работу ($35,4 \pm 3,1$), достоверно большая часть была из стационаров ($23,3 \pm 2,7$), меньшая из ЦСМ ($12,1 \pm 2,1$), $p < 0,001$. Затруднились с ответами $16,8 \pm 2,4$ респондентов, $9,1 \pm 1,8$ из ЦСМ и $7,7 \pm 1,7$ из стационаров, $p > 0,05$ [8].

Наше исследование показало, что более половины опрошенных респондентов ($51,3\pm 3,2$) оценили состояние организации здравоохранения в четыре балла, из них $26,3\pm 2,8$ это средние медработники первичного уровня системы здравоохранения и $25,0\pm 2,8$ средние медицинские работники, работающие в стационарах, $p > 0,05$ (таблица 4.5).

Таблица 4.5 - Удовлетворенность состоянием организации здравоохранения (на 100 респондентов)

№ пп	Ответ	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ		Стационар			
		абс. число	$P\pm m$	абс. число	$P\pm m$	абс. число	$P\pm m$
1.	Один балл	2	$0,8\pm 0,5$	-	-	2	$0,8\pm 0,5$
2.	Два балла	5	$2,2\pm 0,9$	7	$3,0\pm 1,1^*$	12	$5,1\pm 1,4$
3.	Три балла	31	$13,4\pm 2,2$	33	$14,2\pm 2,2^*$	64	$27,6\pm 2,9$
4.	Четыре балла	61	$26,3\pm 2,8$	58	$25,0\pm 2,8^*$	119	$51,3\pm 3,2$
5.	Пять баллов	13	$5,6\pm 1,5$	22	$9,5\pm 1,9^*$	35	$15,1\pm 2,3$

Примечание - $P\pm m$ – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности; * - $p > 0,05$.

В три балла оценили $27,6\pm 2,9$ опрошенных, почти одинаковое число респондентов, как из ЦСМ ($13,4\pm 2,2$), так и из стационаров ($14,2\pm 2,2$), $p > 0,05$. Лишь $15,1\pm 2,3$ опрошенных поставили пять баллов, больше со стационаров ($9,5\pm 1,9$), чем из ЦСМ ($5,6\pm 1,5$), $p > 0,05$. Были и те, кто оценил состояние в два балла и один балл, таковых было $5,1\pm 1,4$ и $0,8\pm 0,5$, соответственно.

В современной системе управления системой здравоохранения техническое оснащение организаций здравоохранения способствует обеспечению качества и эффективности оказываемой медицинской помощи населению. Данные опроса показали, что большинство опрошенных оценили обеспеченность современным медицинским оборудованием своего учреждения в три балла ($47,8\pm 3,2$), особенно ЦСМ ($31,5\pm 3,0$), чем стационар ($16,4\pm 2,4$),

$p < 0,001$ (таблица 4.6). В четыре балла оценили $16,4 \pm 2,4$ респондентов, такую оценку поставили больше, работающие в стационаре ($12,5 \pm 2,1$), чем в ЦСМ ($3,9 \pm 1,2$), $p < 0,001$. Организация здравоохранения обеспечена современным оборудованием, то есть на пять баллов, считают $22,0 \pm 2,7$ опрошенных, средних медицинских работников ЦСМ и $13,4 \pm 2,2$ из стационаров, $p > 0,05$ [8].

Таблица 4.6 - Удовлетворенность обеспеченностью современным медицинским оборудованием (на 100 респондентов)

№ п п	Ответ	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ		Стационар		абс. число	P±m
		абс. число	P±m	абс. число	P±m		
1	Один балл	7	$3,0 \pm 1,1$	4	$1,7 \pm 0,8^*$	11	$4,7 \pm 1,3$
2	Два балла	3	$1,3 \pm 0,7$	18	$7,7 \pm 0,6^{**}$	21	$9,1 \pm 1,8$
3	Три балла	73	$31,5 \pm 3,0$	38	$16,4 \pm 2,4^{**}$	111	$47,8 \pm 3,2$
4	Четыре балла	9	$3,9 \pm 1,2$	29	$12,5 \pm 2,1^{**}$	38	$16,4 \pm 2,4$
5	Пять баллов	20	$8,6 \pm 1,8$	31	$13,4 \pm 2,2^*$	51	$22,0 \pm 2,7$

Примечание - P±m – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности;
* - $p > 0,05$, ** - $p < 0,001$.

Опрошенные нами респонденты поставили два балла оснащенности медицинским оборудованием в $9,1 \pm 1,8$ случаях, при этом достоверно больше, работающие в стационаре ($7,7 \pm 0,6$), чем в ЦСМ ($1,3 \pm 0,7$), $p < 0,001$. Один балл поставили $4,7 \pm 1,3$ опрошенных, работающие в ЦСМ $3,0 \pm 1,1$ респондентов и в стационарах $1,7 \pm 0,8$ респондентов, $p > 0,05$.

Положительным моментом является то, что медицинские работники среднего звена считают коллектив своей семьей ($65,0 \pm 3,1$), при этом достоверно больше таковых в стационарах ($37,9 \pm 3,1$), чем в ЦСМ ($27,5 \pm 2,9$), $p < 0,01$ (таблица 4.7). Большинство коллег вызывают симпатию в целом для $52,1 \pm 3,2$ СМР ($26,7 \pm 2,9$ и $25,4 \pm 2,8$), $p > 0,05$, малоприятны для $34,9 \pm 3,1$ средних

медработников ($14,2 \pm 2,2$ и $20,7 \pm 2,6$), $p > 0,05$. Испытывают антипатию к своим коллегам $6,0 \pm 1,5$ средних медработников ($3,4 \pm 1,4$ и $2,5 \pm 1,0$), $p > 0,05$ [8].

Таблица 4.7 - Согласие с мнением (на 100 респондентов)

№ пп	Ответ	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ		Стационар			
		абс. чис- ло	$P \pm m$	абс. чис- ло	$P \pm m$	абс. чис- ло	$P \pm m$
1	Мой коллектив - моя семья	64	$27,5 \pm 2,9$	87	$37,9 \pm 3,1^{**}$	151	$65,0 \pm 3,1$
2	Большинство моих коллег мне симпатичны	59	$25,4 \pm 2,8$	62	$26,7 \pm 2,9^*$	121	$52,1 \pm 3,2$
3	Большинство моих коллег люди малопрятные	48	$20,7 \pm 2,6$	33	$14,2 \pm 2,2^*$	81	$34,9 \pm 3,1$
4	Я испытываю абсолютную антипатию к своим коллегам	6	$2,5 \pm 1,0$	8	$3,4 \pm 1,4^*$	14	$6,0 \pm 1,5$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности;
* - $p > 0,05$, ** - $p < 0,01$.

В организациях здравоохранения одним из важных мотивирующих факторов является психологический климат. Именно психологический климат в отделении является главным фактором, способным удерживать сотрудника на работе, несмотря на низкую заработную плату. Конечно же, конфликты являются неотъемлемой составной человеческих взаимоотношений, присутствующих в каждом коллективе. В условиях современного рынка отсутствие стабильности, низкая заработная плата и тяжелая работа ведут к росту напряжённости во взаимоотношениях, враждебности и негативным эмоциям [8].

На вопрос, случались ли конфликтные ситуации, 25,9% (n=29) средних медицинских работников ЦСМ и 20,0% (n=24) из стационаров ответили положительно (рисунок 4.1).

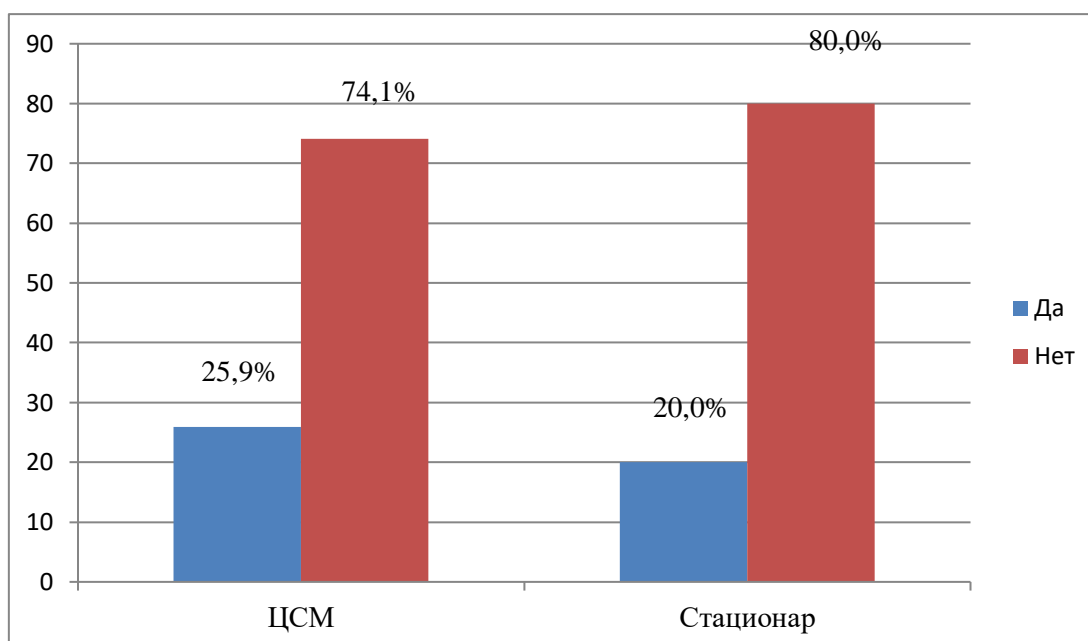


Рисунок 4.1. Удельный вес конфликтов в организациях здравоохранения (%).

Ведущее место по частоте причин возникновения конфликта в организациях здравоохранения занимают уровень заработной платы $15,9 \pm 2,4$ средних медицинских работников (таблица 4.8), причем $6,9 \pm 1,6$ из ЦСМ и $9,0 \pm 1,8$ из стационаров, $p > 0,05$. Условия работы явились причиной в $11,6 \pm 2,1$ случаях, средние медицинские работники ЦСМ в $4,3 \pm 1,3$ случаях и стационаров в $7,3 \pm 1,7$ случаях, $p > 0,05$. Распределение функциональных обязанностей вызывают конфликтные ситуации в коллективах ЦСМ ($3,0 \pm 1,1$) и стационаров ($5,6 \pm 1,5$), составляя в целом $8,6 \pm 1,8$ случаях, $p > 0,05$. При направлении на курсы повышения квалификации возникают конфликты в организации здравоохранения в целом в $6,8 \pm 1,6$ случаях, у $1,7 \pm 0,8$ средних медицинских работника ЦСМ и $5,1 \pm 1,4$ средних медицинских работника стационара, $p < 0,01$. Низкий профессионализм отдельных врачей указали причиной конфликта $5,6 \pm 1,5$ медработников ($1,7 \pm 0,8$ и $3,9 \pm 1,2$), $p > 0,05$ [8].

Таблица 4.8 - Причины конфликтов в организациях здравоохранения (на 100 респондентов)

№ пп	Ответ	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ (n=29)		Стационар (n=24)		абс. чис- ло	P±m
		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m		
1	Стиль руководства	3	1,3±0,7	8	3,4±1,2*	11	4,7±1,3
2	Распределение функциональных обязанностей	7	3,0±1,1	13	5,6±1,5*	20	8,6±1,8
3	Заработная плата	16	6,9±1,6	21	9,0±1,8*	37	15,9±2,4
4	Условия работы	10	4,3±1,3	17	7,3±1,7*	27	11,6±2,1
5	Направление на повышение квалификации	4	1,7±0,8	12	5,1±1,4* *	16	6,8±1,6
6	Низкий профессионализм отдельных врачей	4	1,7±0,8	9	3,9±1,2*	13	5,6±1,5
7	Конфликтная личность в коллективе	6	2,6±1,0	3	1,3±0,7*	9	3,9±1,2

Примечание - P±m – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности; *- p>0,05, ** - p<0,01.

На возникновение конфликтной ситуации оказал влияние стиль руководства у 4,7±1,3 средних медицинских работника (1,3±0,7 и 3,4±1,2), p>0,05. Конфликтная личность в коллективе явилась причиной разногласия в целом в 3,9±1,2 случаях, в 2,6±1,0 случаях в ЦСМ и 1,3±0,7 случаях в стационарах, p>0,05.

Большинство респондентов сходятся во мнении, что руководители, как ЦСМ (25,4±2,8), так и стационаров (26,7±2,9) оказывают должное внимание сотрудникам и в целом работе отделений, p>0,05 (рисунок 4.2). К сожалению,

довольно-таки высокая частота и тех, кто считает, что руководителю не оказывают должного внимания ($17,0 \pm 2,4$ и $17,7 \pm 2,5$), $p > 0,05$. И затруднись с ответом $6,0 \pm 1,5$ и $7,3 \pm 1,7$, соответственно, $p > 0,05$ [8].

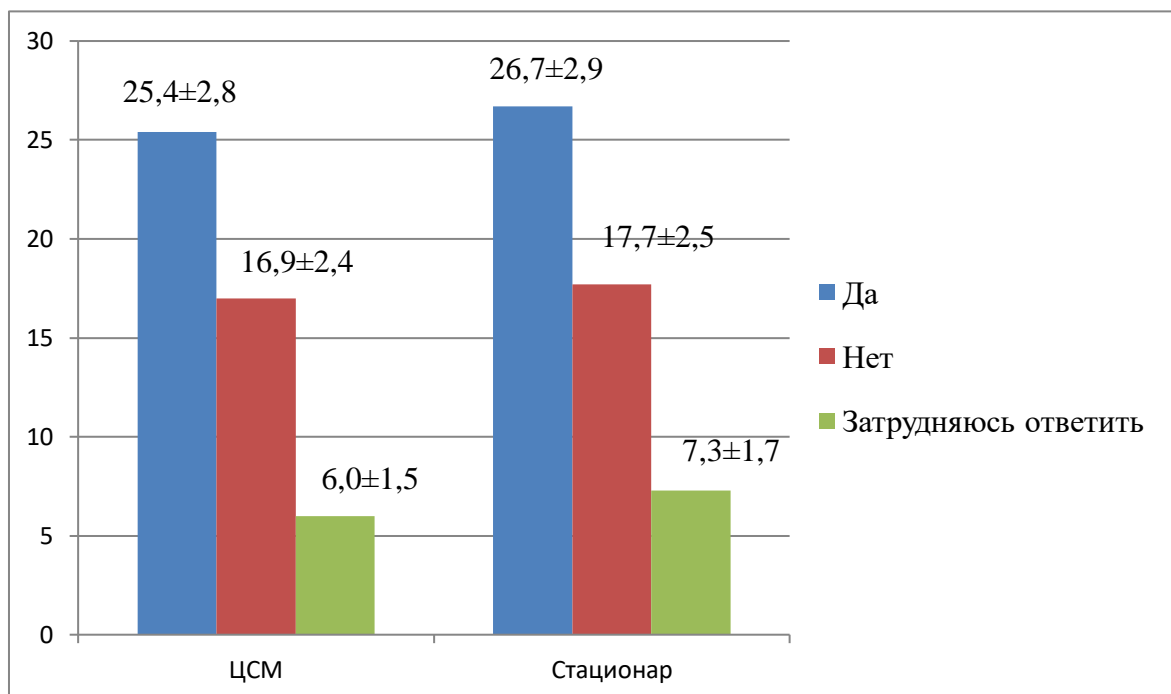


Рисунок 4.2. Руководитель Вашей организации здравоохранения уделяет ли достаточное внимание Вашей работе и работе Вашего отделения.

Умение правильного общаться с пациентами и их близкими является существенной частью работы медицинских сестер, в результате, которого создается взаимопонимание и зависит исход лечения. В свою очередь пациент ожидает от медицинских работников поддержки, понимания и соучастия. Так, СМР, как ЦСМ ($n=57$, 50,9%), так и стационаров ($n=38$, 31,7%) признаются, что в их работе возникали конфликты с пациентами (рисунок 4.3).

Избежать конфликтных ситуаций средним медицинским работникам практически невозможно в силу особенностей профессии, предполагающей постоянную работу с населением, наличия риска возникновения спорных моментов.

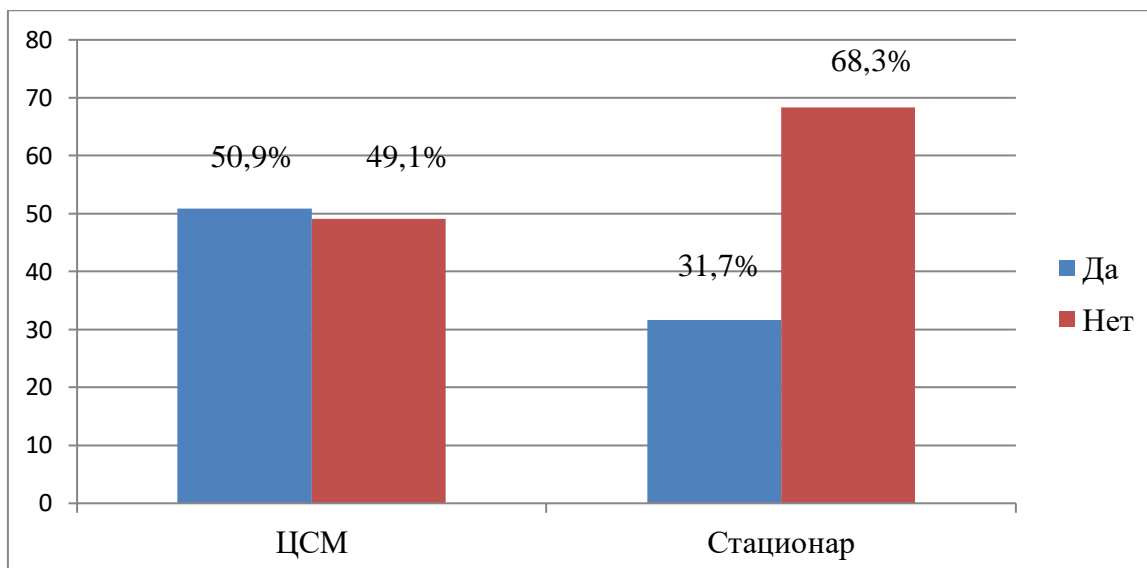


Рисунок 4.3. Удельный вес конфликтных ситуаций (%).

Большинство респондентов в качестве одной из причин возникновения конфликтной ситуации указали на дополнительную оплату ($30,2 \pm 3,0$) за дополнительные методы исследования (таблица 4.9).

И таковых в ЦСМ было $16,4 \pm 2,4$ случаев, в стационарах – $13,8 \pm 2,2$ случаев, $p > 0,05$. Одной из причин явилось невнимательное отношение к пациентам ($24,5 \pm 2,8$), на это указали $13,3 \pm 2,2$ в ЦСМ и $11,2 \pm 2,0$ в стационарах, $p > 0,05$. Режим работы был не удобен ($24,1 \pm 2,8$) для $9,9 \pm 1,9$ и $14,2 \pm 2,2$ соответственно средних медицинских работников, $p > 0,05$. Кроме того, причиной конфликтной ситуации отметили плохие санитарно-гигиенические условия в организации здравоохранения в $22,8 \pm 2,7$ случаях ($12,5 \pm 2,1$ и $10,3 \pm 1,9$), $p > 0,05$.

Не удивительно, что конфликт вызывает отсутствие современного диагностического оборудования в организациях здравоохранения ($21,1 \pm 2,6$), как в ЦСМ ($11,6 \pm 2,1$), так и в стационарах ($9,5 \pm 1,9$), $p > 0,05$. Личные качества пациентов причиной конфликтной ситуации являлись в $11,2 \pm 2,0$ случаях, из них в $8,2 \pm 1,7$ в конфликтах произошедших в ЦСМ и $3,0 \pm 1,1$ случаях в стационарах, $p < 0,01$ [8].

На сегодняшний день наблюдаются случаи нарушения прав пациентов. Кто же должен защищать права граждан?

Таблица 4.9 - Причины конфликтных ситуаций с пациентами (на 100 респондентов)

№ пп	Мнение	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ (n=57)		Стационар (n=38)			
		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m
1	Низкое качество работы	12	5,1±1,4	9	3,9±1,2*	21	9,0±1,8
2	Отсутствие оборудования	27	11,6±2,1	22	9,5±1,9*	49	21,1±2,6
3	Неудобный режим работы	23	9,9±1,9	33	14,2±2,2*	56	24,1±2,8
4	Плохие санитарно-гигиенические условия	29	12,5±2,1	24	10,3±1,9*	53	22,8±2,7
5	Невнимательное отношение к пациентам	31	13,3±2,2	26	11,2±2,0*	57	24,5±2,8
6	Дополнительная оплата	38	16,4±2,4	32	13,8±2,2*	70	30,2±3,0
7	Личные качества пациента	19	8,2±1,7	7	3,0±1,1**	26	11,2±2,0

Примечание - P±m – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности;

* - $p > 0,05$.

Следует отметить, что значительная часть респондентов за защиту прав пациентов медицинским учреждением (85,7±2,3), причем существенных различий не выявлено между ЦСМ (39,6±3,2) и стационарами (46,1±3,2), $p > 0,05$ (таблица 4.10). По мнению 66,8±3,0 средних медицинских работников права пациентов должно защищать Министерство здравоохранения, при этом придерживаются такого мнения больше в стационарах (38,4±3,1), чем в ЦСМ (28,4±2,9), $p < 0,01$.

Таблица 4.10 - Защита прав пациентов (на 100 респондентов)

№ пп	Ответ	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ		Стационар			
		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m
1	Министерство здравоохранения	66	28,4±2,9	89	38,4±3,1**	155	66,8±3,0
2	Администрация организации здравоохранения	92	39,6±3,2	107	46,1±3,2*	199	85,7±2,3
3	ФОМС	28	12,0±2,0	19	8,2±1,8*	47	20,2±2,6
4	Сам пациент	73	31,5±3,0	38	16,4±2,4***	111	47,8±3,2
5	Затруднились с ответом	21	9,0±1,8		-	21	9,0±1,8

Примечание - P±m – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности;
* - p>0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001.

Защитой прав пациентом должен заниматься Фонд обязательного медицинского страхования считают 20,2±2,6 респондентов. Таково мнение 12,0±2,0 респондентов с ЦСМ и 8,2±1,8 из стационаров, p>0,05. Прерогативой пациента указали в целом 47,8±3,2 средних медицинских работников, больше ЦСМ (31,5±3,0), чем стационаров (16,4±2,4), p<0,001. Вопрос вызвал затруднение с ответом у 9,0±1,8 средних медработников ЦСМ, в стационарах таких не было [8].

Исходя из результатов, можно утверждать, что, по мнению средних медработников, защитой прав пациентов должны заниматься медицинские учреждения (85,7±2,3), Министерство здравоохранения (66,8±3,0) и сам пациент (47,8±3,2) и ФОМС лишь в 20,2±2,6 случаях (рисунок 4.5). Свои права больше знают средние медицинские работники (42,3±3,2), работающие в стационарах (24,6±2,8) нежели в ЦСМ (17,7±2,5), p>0,05. Вызывает беспокойство факт безразличия к знанию своих прав (40,5±3,2) в ЦСМ (6,9±1,6) и стационарах (10,3±1,9), p>0,05.

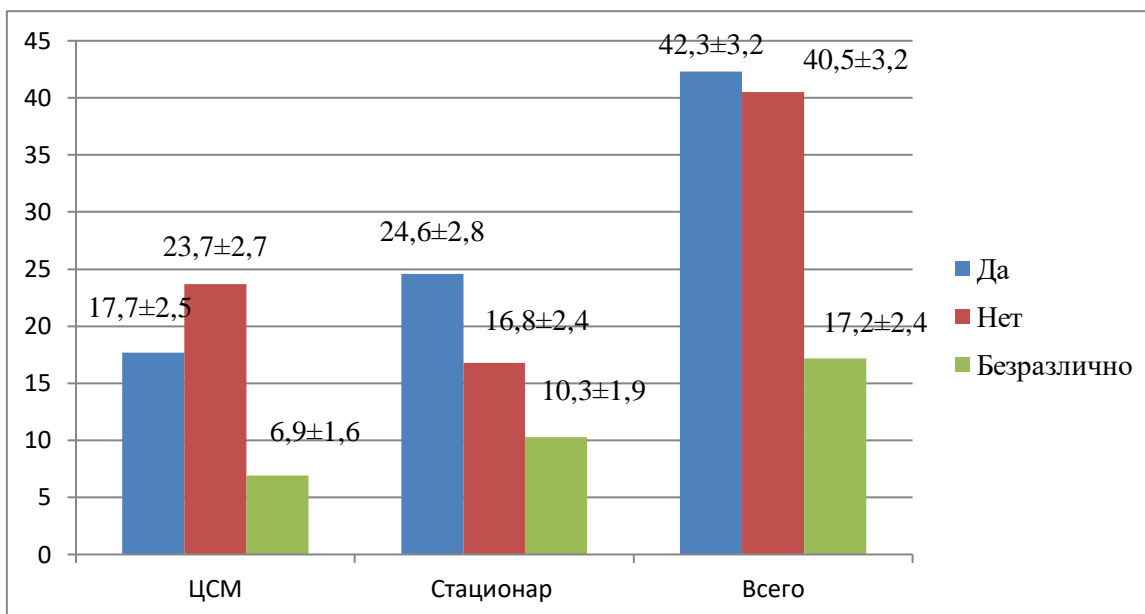


Рисунок 4.4. Знание своих прав средними медицинскими работниками.

Большая часть средних медицинских работников, как ЦСМ (75,0%), так и стационаров (57,5%) считают, что они наиболее защищены в правах, чем пациенты в данных организациях здравоохранения (23,2% и 34,2%, соответственно) (рисунок 4.6).

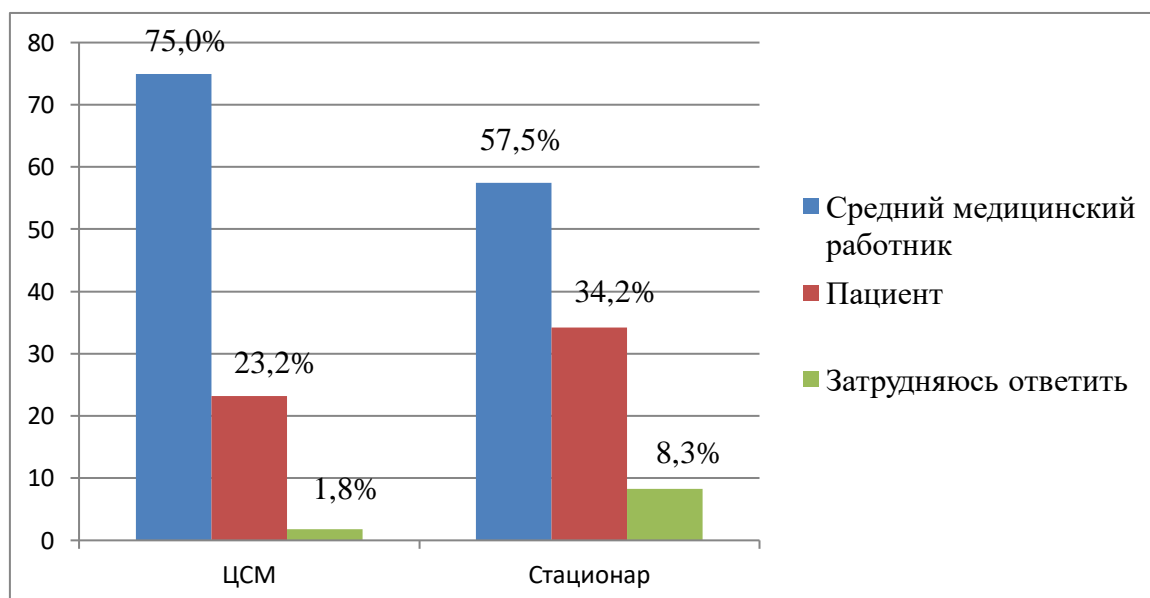


Рисунок 4.6. Кто более защищен в своих правах, медицинский работник или пациент?

Определить, кто более защищен в правах, затруднились 1,8% средних медицинских работников ЦСМ и 8,3% средних медицинских работников стационара [8].

Повышение заработной платы как один из стимулирующих факторов, способствующих улучшению качества сестринской помощи, указали $90,9 \pm 1,8$ медицинских работников среднего звена (таблица 4.11).

Таблица 4.11 - Предлагаемые предложения по улучшению качества сестринской помощи

№ пп	Предложения	Организация здравоохранения				Всего	
		ЦСМ		Стационар			
		абс. чис- ло	$P \pm m$	абс. чис- ло	$P \pm m$	абс. чис- ло	$P \pm m$
1	Повышение заработной платы	104	$44,8 \pm 3,2$	107	$46,1 \pm 3,2^*$	211	$90,9 \pm 1,8$
2	Улучшение материально-технической оснащенности	98	$42,2 \pm 3,2$	103	$44,3 \pm 3,2^*$	201	$86,6 \pm 2,2$
3	Курсы повышения квалификации	37	$15,9 \pm 2,4$	54	$23,2 \pm 2,7^{**}$	91	$39,2 \pm 3,2$
4	Снижение нагрузки	62	$26,7 \pm 2,9$	67	$28,8 \pm 2,9$	129	$55,6 \pm 3,2$
5	Улучшение психологического климата	59	$25,4 \pm 2,8$	63	$27,1 \pm 2,9$	122	$52,5 \pm 3,2$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности;

* - $p > 0,05$, ** - $p < 0,05$.

Таковых было $44,8 \pm 3,2$ в ЦСМ и $46,1 \pm 3,2$ в стационарах, $p > 0,05$. Улучшение материально-технической оснащенности отметили $86,6 \pm 2,2$ респондентов, причем на первичном уровне системы здравоохранения их было $44,3 \pm 3,2$, вторичном уровне - $44,3 \pm 3,2$ случаев, $p > 0,05$. Снижение нагрузки указали $55,6 \pm 3,2$ средних медицинских работников, из числа работающих в ЦСМ - $26,7 \pm 2,9$ и в стационарах - $28,8 \pm 2,9$, $p > 0,05$.

Считают, что улучшение психологического климата в коллективе будет способствовать улучшению качества сестринской помощи $52,5 \pm 3,2$ респондентов, из них $25,4 \pm 2,8$ средних медицинских работников ЦСМ и $27,1 \pm 2,9$ из стационаров, $p > 0,05$ [8, 9].

4.1 Причины ухода медицинских сестер с профессии

Медсестры представляют собой крупнейшую группу медицинских работников, около 27 млн. мужчин и женщин составляют мировую рабочую силу медсестер и акушерок. Это составляет почти 50% мировой рабочей силы здравоохранения и являются важной частью систем здравоохранения во всем мире [149]. Растущая нехватка медсестер считается критической глобальной проблемой, которая усугубляется тенденцией ухода многих медсестер из профессии [140]. Понимание этих причин имеет важное значение для выявления намерения медсестер уйти из профессии, для разработки стратегии удержания, которые могут быть использованы системами здравоохранения [14].

Основная причина дефицита медицинских кадров – это низкая оплата труда в сочетании с высокой трудовой нагрузкой. Это вынуждает большинство медицинских работников работать на 1,5–2 ставки, что усиливает отток кадров из отрасли. Дефицит кадров напрямую ведет к снижению доступности гарантированной медицинской помощи населению и, как следствие, к росту смертности. За период с 2013 по 2021 г. средняя заработная плата среднего медицинского персонала возросла на 6,0%. При этом, обеспеченность медицинскими сестрами сократилась на 11,0% [66].

По регионам России отсутствуют единые принципы оплаты труда медицинских работников, приводящие к неравенству в доступности медицинской помощи. В 2021 г. средневзвешенная оплата труда среднего медперсонала по регионам отличалась в 4 раза и более, что приводит к трудовой миграции, вследствие которой возникает неравенство в доступности

медицинской помощи в регионах. Государственные расходы на здравоохранение, предусмотренные на 2023 г., по сравнению с 2022 г. сокращаются на 2% в постоянных ценах, что не позволит решить проблему с увеличением оплаты труда медицинских работников, соответственно, привлечь дополнительные кадры в отрасль.

Следует отметить, что доказано, миграция врачей из регионов (стран) с низкой оплатой труда приводит к росту смертности населения и высоким экономическим потерям [66].

Неадекватная заработная плата, охарактеризована медицинскими сестрами как негативно влияющий фактор, усиливающий намерение уйти из профессии [103,114]. Отсутствие грамотной системы оплаты труда порождает проблемы кадрового характера. Возникает ситуация, когда молодой специалист, решая в какое учреждение идти, претендуя на достойную заработную плату, делает выбор в пользу негосударственных учреждений.

Средние медицинские работники отмечают плохие условия труда как одну из причин ухода из профессии медсестры. К таковым относят большую рабочую нагрузку, нехватку кадров, напряженность на работе, отсутствие идеального соотношения пациентов и медсестер, требовательный уход за пациентами, как, например, постоянная нехватка времени во время ухода за пациентами, большое количество смен, негибкий выбор расписания и работа сверхурочно [103, 114, 113]. Более того, сменная работа делает работу обременительной из-за высокой частоты смен [103, 113], с трудом приспосабливается к сменной работе, трудности с восстановлением после ночных смен и посменная работа оказали негативное влияние на семейную и социальную жизнь [103, 114].

Немаловажную роль играет отсутствие возможностей карьерного роста. Многие медсестры считают свою работу повторяющейся и лишенной разнообразия. Некоторые считают, что ограничены возможности для развития клинического лидерства, лидерства в инновациях, нехватку более сложной сестринской работы, требующей использования знаний и навыков [103, 113,

114]. Среди медицинских сестер есть те, кто желает внести изменения в систему здравоохранения. Медсестры, только что закончившие обучение, ощущали недостаток поддержки, особенно адекватной ориентации на рабочем месте, и сообщали, что чувствовали себя одинокими, отсутствовала поддержка со стороны более опытных и старших коллег [114]. Чтобы удержать персонал, важно создать хороший коллектив с атмосферой взаимовыручки и поддержки. Немаловажную роль в этом играет руководство коллективом – его профессиональные качества и стиль управления. Также важен фактор престижа специальности, поэтому должен быть сформирован соответствующий образ медицинского специалиста-профессионала. Медицинские работники относятся к категории профессий, в которых выгорание встречается чаще других, поэтому профилактика выгорания должна носить комплексный характер, подразумевать мониторинг состояния сотрудников, возможность физического и психологического восстановления для сотрудников и квалифицированную психологическую поддержку. В свою очередь анализ причин отказа от интервью показал, что работники системы здравоохранения (в т.ч. бывшие) не всегда готовы открыто высказывать негативную позицию и зачастую не верят, что их мнение может что-то изменить. Соответственно, видна необходимость внедрения эффективной, никак не формальной системы мониторинга обратной связи от сотрудников в организациях здравоохранения [14].

Желание уйти из профессии возникает среди медицинских сестер не только во всем мире [103, 114], но и в нашей республике. Рассмотрены причины ухода медицинских работников со средним образованием из профессии (таблица 4.1.1), работающих на первичном уровне, в частности в центрах семейной медицины (ЦСМ) и на вторичном уровне, т.е. в стационаре. Наиболее чаще причинами ухода из профессии или смены трудовой деятельности медицинские работники в ЦСМ отмечали недостаточную заработную плату - $30,6 \pm 3,0$ ($n=71$) респондентов, а на уровне стационаров таких средних медицинских работников было несколько выше - $37,9 \pm 3,1$, но при этом в ответах не выявлена достоверная разница, $p > 0,05$.

Таблица 4.3.1 - Причины ухода средних медицинских работников из медицинской профессии (n=232)

№ пп	Причина	ЦСМ		Стационар	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Недостаточная оплата труда	71	30,6±3,0	88	37,9±3,1*
2	Неудовлетворительные условия труда	54	23,3±2,7	63	27,1±2,9*
3	Профессиональные риски	49	21,1±2,6	81	34,9±3,1**
4	Стрессы на рабочем месте (неудовлетворительный психологический климат)	37	15,9±2,4	69	29,7±3,0**
5	Не гибкий график работы	28	12,0±2,1	57	24,5±2,8**
6	Неудовлетворительная материально-техническая оснащенность	31	13,3±2,2	65	28,0±2,9**
7	Эмоциональное выгорание	29	12,5±2,1	78	33,6±3,1**
8	Высокая нагрузка	42	18,1±2,5	89	38,3±3,1**
9	Повышенная требовательность к работе медицинских сестер	29	12,1±2,1	39	16,8±2,4*
10	Несоответствие теории и практики	25	10,8±2,9	73	31,4±3,0**
11	Отсутствие карьерного роста	22	9,5±1,9	33	14,2±2,2*

Примечание: P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности; * - p>0,05; ** - p<0,001.

Далее практически с одинаковой частотой, как работающие в ЦСМ, так и в стационарах указали неудовлетворительные условия труда на рабочем месте - 23,3±2,7 (n=54), 27,1±2,9 (n=63), p>0,05 [14].

Высокую требовательность к работе средних медицинских работников и желание лучшего понимания пациентами обязанностей и компетенций медицинских сестер отмечают, как и зарубежные [114, 121], так и

отечественные респонденты. По данным нашего исследования это отмечали $12,5 \pm 2,1$ ($n=29$) респондентов ЦСМ и $16,8 \pm 2,4$ ($n=39$) респондентов стационаров, $p > 0,05$.

Но в исследовании, проведенном Екимовой Н.А. и соавт. (2020), самые высокие оценки (от 100% до 84%) пациенты ставят за профессиональное выполнение манипуляций, вежливое и доброжелательное отношение, создание безопасной среды пребывания в стационаре средними медицинскими работниками [29].

Профессиональные риски в трудовой деятельности чаще отмечали с высокой достоверностью средние медицинские работники стационара, чем в ЦСМ - $34,9 \pm 3,1$ ($n=49$) и $21,1 \pm 2,6$ ($n=49$), соответственно, $p < 0,001$. Очень часто на рабочем месте средние медицинские работники стационара отмечали неудовлетворительный психологический климат в коллективе, а именно возникновение стрессовых ситуаций в $29,7 \pm 3,0$ ($n=69$), случаях, в ЦСМ таковых было несколько ниже в 1,8 раза и составляли $15,9 \pm 2,4$ ($n=37$), $p < 0,001$. Четвертую часть опрошенных медицинских работников не устраивает график работы, особенно в условиях стационара - $24,5 \pm 2,8$ ($n=57$), в ЦСМ таковых меньше в 2 раза - $12,0 \pm 2,1$ ($n=28$), $p < 0,001$.

Большую роль в организации трудового пространства занимает материально-техническое оснащение организации здравоохранения. В большей степени это касается, как отмечают средние медицинские работники стационара - $28,9 \pm 2,9$ ($n=65$), а в ЦСМ таковую причину указали только $13,3 \pm 2,2$ ($n=31$), $p < 0,001$. Эмоциональное выгорание в процессе трудовой деятельности испытывают медицинские работники среднего звена работающие в стационаре - $33,6 \pm 3,1$ ($n=78$), которых в 2,6 раза больше, чем в ЦСМ - $12,5 \pm 2,1$ ($n=29$), $p < 0,001$. На эмоциональное выгорание средних медицинских работников влияет высокая нагрузка, которая чаще указывалась работающими в стационаре - $38,3 \pm 3,1$ ($n=89$), чем в ЦСМ - $18,1 \pm 2,5$ ($n=42$), $p < 0,001$.

Медицинские сестры указывают большую разницу между обучением на практике и реальностью в клинической практике, где обучение сестринскому

делу было в основном теоретическим и не соответствовало реальности, что привело к ощущению не полной готовности к выполнению профессиональных навыков [114]. По нашим данным такого же мнения придерживаются $31,4 \pm 3,0$ ($n=73$) респондентов стационаров и $10,8 \pm 2,0$ ($n=25$) респондентов ЦСМ, $p < 0,001$. Отсутствие карьерного роста указали $9,5 \pm 1,9\%$ ($n=22$) средних медицинских работников ЦСМ и $14,2 \pm 2,2\%$ ($n=33$) средних медицинских работников стационара, $p > 0,05$.

В исследованиях некоторых авторов указываются конфликты в общении и неуважительное отношение к медицинскому персоналу [103, 113], как причины ухода из профессии. В последнее время у нас в республике прослеживается негативная тенденция агрессивного поведения пациентов и их родственников, которая способствует возникновению чувства незащищенности и дискриминации, что в будущем возможно станет причиной медицинских сестер уйти из медицинской профессии.

Таким образом, у средних медицинских работников стационара чаще основной причиной ухода из профессии были высокая нагрузка, недостаточная оплата труда, высокие профессиональные риски и неудовлетворительный психологический климат в коллективе. У средних медицинских работников ЦСМ также основными причинами указывались такие же причины, но значительно с низкой частотой [14]. Данное обстоятельство характеризует трудовую деятельность средних медицинских работников стационара как более тяжелую и связанную с высокими рисками.

Причины мотивации ухода из профессии разделены на индивидуальные, организационные и социальные факторы: индивидуальные: эмоциональное выгорание; стресс, связанный с работой; организационные (профессиональные риски, высокая нагрузка, неудовлетворительная материально-техническая оснащенность, негибкий график работы, несоответствие теории и практики, отсутствие карьерного роста, повышенная требовательность к работе медсестер, неудовлетворительные условия труда); социальные: недостаточная оплата труда.

Среди причин недостаточного, по мнению пациентов, качества сестринской помощи большинство (78,1%) отметило большую нагрузку персонала. Значительная нагрузка медицинских сестер (как, впрочем, и врачей) не всегда даёт им возможность тщательно побеседовать с пациентом, разъяснить ему те или иные моменты, связанные с особенностями заболевания, режимом, подготовкой к проведению различных обследований и лечебных мероприятий [75]. Медицинским персоналом были указаны основные негативные факторы организационно-технического характера, препятствующих качественному оказанию помощи: низкий уровень оплаты труда, большая нагрузка, отсутствие стимулов в работе, некомплектованность штатов, эмоциональная перегрузка, недостаточная квалификация и недостаток опыта [75]. Уровень удовлетворенности работой также один из важных составляющих мотивации, связанной с уходом из профессии. Потому является важным показателем намерения человека покинуть рабочее место. Тем не менее, детерминанты удовлетворенности работой варьируются в разных контекстах, и важно использовать методы измерения, которые соответствуют контексту. Следовательно, необходимо повышение удовлетворенности работой медицинских сестер, направленной на формирование профессиональной приверженности к своей профессии [55]. Удовлетворенность работой СМР является хорошим предиктором удержания персонала и, следовательно, часто используется для измерения воздействия вмешательств [55].

По данным опроса, проведенным Высшей школой организации и управления здравоохранением, для удержания медицинских кадров в отрасли наиболее целесообразными и эффективными мерами названы повышение заработной платы (ставки) – 83% опрошенных, по 58% респондентов поддерживают доплаты за выслугу лет и категорию, а также дополнительные дни отдыха к основному отпуску. Половина респондентов проголосовала за дополнительные выплаты, ипотеки социального характера (включающие в себя сниженный размер ставки кредита), 50-процентное возмещение затрат на оплату жилищно-коммунальных услуг, налоговые льготы разного типа.

Улучшение жилищных условий специалистов и повышенные выплаты дефицитным специалистам в качестве мер по сохранению кадров считают важными по 42% опрошенных. Кроме того, 33% поддерживают обеспечение гарантий получения служебного жилья на период работы, 25% - бесплатный проезд в общественном транспорте [69].

Для решения проблемы ухода медицинских сестер из профессии необходима целенаправленная кадровая политика, включающая в себя повышение мотивации к работе, в частности повышение заработной платы, снижение профессиональных рисков, развитие наставничества для молодых специалистов, постоянное улучшение условий труда, совершенствование должностных инструкций, защита прав медицинских сестер.

4.2 Роль медицинских сестер в научно-исследовательской работе

В настоящее время, научно-исследовательская работа играет важную роль в развитии медицинской науки и практики [117]. В связи с этим, вовлечение медицинских сестер в исследовательскую работу является важным аспектом, который позволяет не только улучшить качество медицинской помощи, но и повысить профессиональный уровень медицинских сестер.

Проведенное анкетирование 82 медицинских сестер показало, что более 52,4% (n=43) медицинских сестер считают важным развитие своих навыков в области научно-исследовательской работы [10]. Более 75,6% (n=62) медицинских сестер выразили желание пройти обучение исследовательским навыкам, но более 65,8% (n=54) опрошенных также отметили ограничения в доступе к подходящим образовательным программам. Эти результаты подчеркивают необходимость поддержки и обучения медицинских сестер в области научно-исследовательской работы, чтобы повысить их уверенность и улучшить качество здравоохранения. Результаты опроса показали, что только 12,1% (n=10) имели базовые знания в области научно-исследовательской

работы, но никто из них имели опыт в качестве в проекте. Основными причинами, указанными медицинскими сестрами, которые могут ограничивать их участие в научно-исследовательской работе, были отсутствие времени (80,4%, n=66), недостаточность навыков и знаний (40,2%, n=33) и отсутствие поддержки и возможностей со стороны руководства (42,6%, n=35). Другими причинами, указанными медицинскими сестрами, которые могут ограничивать их участие в научно-исследовательской работе, были нехватка финансовых ресурсов (25,6%, n=20), отсутствие доступа к научной литературе и информации (31,7%, n=26) и недостаточность поддержки коллег (19,5%, n=16). Более 60,9% (n=50) опрошенных медицинских сестер выразили необходимость в дополнительной мотивации для участия в научно-исследовательской работе, такой как возможность получения сертификации или вознаграждения [10].

Из результатов опроса можно сделать вывод, что многие медицинские сестры понимают важность развития своих навыков в области научно-исследовательской работы, но сталкиваются с ограничениями в доступе к образовательным программам и ресурсам, а также с ограниченным временем. Необходима поддержка и мотивация со стороны руководства и коллег, а также доступ к подходящим образовательным программам, чтобы улучшить качество медицинской помощи и повысить уверенность медицинских сестер в области научно-исследовательской работы.

Исходя из результатов опроса, можно предложить следующие рекомендации по улучшению ситуации и вовлечению медицинских сестер в научно-исследовательскую работу в Кыргызской Республике:

- Создание доступных образовательных программ, ориентированных на медицинских сестер, которые позволят им развивать свои навыки в области научно-исследовательской работы.

- Развитие культуры научно-исследовательской работы в медицинских учреждениях, которое будет способствовать повышению интереса медицинских сестер к научным исследованиям.

- Увеличение финансовой поддержки научно-исследовательских проектов, в которых могут принимать участие медицинские сестры, чтобы уменьшить проблему ограничений в доступе к таким проектам.

- Разработка и реализация программ обучения исследовательским навыкам в рамках образовательных учреждений и медицинских учреждений, которые будут предназначены для медицинских сестер.

- Обеспечение доступности и разработка специализированных онлайн-курсов по научно-исследовательской работе, которые могут использовать медицинские сестры, работающие в отдаленных регионах.

- Повышение уровня осведомленности руководителей медицинских учреждений о важности научно-исследовательской работы и их роли в этом процессе.

- Создание платформы для обмена знаниями и опытом между медицинскими сестрами, работающими в разных областях медицины, которые могут использовать для взаимного обучения и повышения качества научно-исследовательской работы [10].

Заключение. Большинство респондентов имели стаж от 6 до 15 лет, при этом, различия не существенны по месту работы. Со стажем более 15 лет достоверно больше, работающих в стационаре, чем в ЦСМ. При этом, достоверно больше было средних медработников, имеющих квалификационную категорию, как в ЦСМ ($36,2 \pm 3,1$ и $12,0 \pm 2,1$), так и в стационарах ($41,8 \pm 3,2$ и $9,9 \pm 1,9$), относительно не имеющих категорию, $p < 0,001$.

Несмотря на низкую заработную плату, высокую загруженность у средних медицинских работников имеется интерес к работе, моральная удовлетворенность, стабильность. Важно отметить, что в повседневной жизни они могут использовать свои знания и навыки. Большинство средних медицинских работников поменяли бы место работы при возможности. Более половины опрошенных респондентов ($51,3 \pm 3,2$) оценили состояние организации здравоохранения в четыре балла. Большая часть опрошенных

оценили обеспеченность современным медицинским оборудованием своего учреждения в три балла ($47,8 \pm 3,2$), особенно в ЦСМ ($31,5 \pm 3,0$), чем в стационарах ($16,4 \pm 2,4$), $p < 0,001$. Большинство средних медицинских работников считают коллектив своей семьей ($65,0 \pm 3,1$) и коллеги вызывают симпатию ($52,1 \pm 3,2$). Частыми причинами возникновения конфликтных ситуаций в организациях здравоохранения являлись уровень заработной платы средних медицинских работников ($15,9 \pm 2,4$), условия работы ($11,6 \pm 2,1$), распределение функциональных обязанностей ($8,6 \pm 1,8$), направления на курсы повышения квалификации ($6,8 \pm 1,6$), низкий профессионализм отдельных врачей ($5,6 \pm 1,5$), стиль руководства ($4,7 \pm 1,3$), конфликтная личность в коллективе ($3,9 \pm 1,2$). Достоверные различия по развитию конфликтов в организациях здравоохранения выявлены лишь при направлении на курсы повышения квалификации. Большинство средних медицинских работников ЦСМ ($25,4 \pm 2,8$) и стационаров ($26,7 \pm 2,9$) уверены в надлежащем должном внимании их к сотрудникам и работе отделений, $p > 0,05$. При этом, не выявлено достоверных различий во мнении сотрудников обеих организаций здравоохранения.

Причинами возникновения конфликтных ситуаций указали оплату за дополнительные методы исследования ($30,2 \pm 3,0$), невнимательное отношение к пациентам ($24,5 \pm 2,8$), неудобный режим работы ($24,1 \pm 2,8$), плохие санитарно-гигиенические условия в организации здравоохранения ($22,8 \pm 2,7$), современного диагностического оборудования в организациях здравоохранения ($21,1 \pm 2,6$), личные качества пациентов ($11,2 \pm 2,0$). Различия не существенны между мнениями средних медицинских работников ЦСМ и стационаров по всем причинам, за исключением личных качеств пациентов. В большинстве случаев средние медицинские работники считают, что знают свои права ($42,3 \pm 3,2$) и наиболее защищены в правах, чем пациенты.

В настоящее время необходимо усиление роли медицинских работников среднего звена согласно современным требованиям в системе здравоохранения, ориентированных на приоритетные направления развития сестринского дела.

Важно развитие и использование сестринского потенциала на основе расширения, как профессиональных обязанностей, так и предоставления сестринских услуг, которые бы максимально удовлетворяли потребности населения.

Желание уйти из профессии возникает среди медицинских сестер не только во всем мире, но и в нашей республике. Рассмотрены причины ухода медицинских работников со средним образованием из профессии, работающих на первичном уровне, в частности в центрах семейной медицины и на вторичном уровне, т.е. в стационаре. У средних медицинских работников стационара чаще основной причиной ухода из профессии были высокая нагрузка, недостаточная оплата труда, высокие профессиональные риски и неудовлетворительный психологический климат в коллективе. У средних медицинских работников Центров семейной медицины также основными причинами указывались такие же причины, но значительно с низкой частотой.

Для решения проблемы ухода медицинских сестер из профессии необходима целенаправленная кадровая политика, включающая в себя повышение мотивации к работе, в частности повышение заработной платы, снижение профессиональных рисков, развитие наставничества для молодых специалистов, постоянное улучшение условий труда, совершенствование должностных инструкций, защита прав медицинских сестер.

Многие медицинские сестры понимают важность развития своих навыков в области научно-исследовательской работы, но сталкиваются с ограничениями в доступе к образовательным программам и ресурсам, а также с ограниченным временем. Необходима поддержка и мотивация со стороны руководства и коллег, а также доступ к подходящим образовательным программам, чтобы улучшить качество медицинской помощи и повысить уверенность медицинских сестер в области научно-исследовательской работы.

ГЛАВА 5

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

5.1 Современные организационные технологии в сестринском деле

В Программе Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы "Здоровый человек - процветающая страна" (2018) кадровые ресурсы системы здравоохранения определены одной из основных национальных приоритетов [31].

В настоящее время система оказания медицинской помощи более всего обуславливается современными передовыми технологиями и меньше всего уделяется внимание взаимоотношениям в коллективе. Потому нарастающее напряжение в коллективе снижает доверие пациентов к медицинским работникам и качество медицинской помощи [80]. Наибольший удельный вес в структуре штатов организаций здравоохранения занимают медицинские сестра. Взаимоотношения среднего медицинского персонала с врачами влияет на эффективность коммуникации, определяя качество медицинской помощи. Кроме этого, продуктивное общение способствует принятию совместных решений в уходе, ориентированном на пациента.

Важнейшими направлениями развития сестринского дела является организация и внедрение в практическую деятельность новейших организационных технологий сестринской деятельности, улучшение сестринского образования, разработка и совершенствование нормативной базы,

внедрение научных исследований и расширение компетенций средних медицинских работников.

Все чаще обязательным условием оказания медицинской помощи становится подход, ориентированный на пациента. Ориентация на пациента может повысить удовлетворенность пациентов за счет улучшения отношений и может привести к долгосрочным позитивным отношениям. Ориентация на пациента является важнейшей характеристикой медицинской сестры и важным фактором повышения конкурентоспособности больницы [130].

Пациентоориентированность способствует повышению качества медицинской помощи, правильному распределению полномочий между врачами и средними медицинскими работниками. Расширение роли средних медицинских работников позволяет своевременно направить пациентов к специалистам узкого профиля, уменьшить нагрузки на врачей, увеличить удовлетворенность пациентов, повышать профессиональное и личностное развитие путем овладения дополнительных компетенций. Кроме этого, имеются такие риски как конфликт интересов между врачами и средними медицинскими работниками. Основной проблемой системы здравоохранения является ограниченное внедрение ориентированного на пациента подхода к оказанию медицинской помощи, которое включает сотрудничество, общение, уважение, заботу о всех аспектах здоровья.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует основные полномочия медицинских сестер, включающие пять направлений: защита прав и просвещение пациентов; полноценное общение; работа бригадным методом и лидерство; медицинская помощь и клиническая практика, ориентированная на нужды людей; непрерывное обучение и исследования [60]. Расширение функций медицинских сестер позволяет оптимизировать работу среднего медицинского персонала и повысить качество сестринской помощи.

Наставничество в сестринском деле позволяет развивать навыки межличностного общения, преподавания и оценки компетентности. Наставничество медицинских сестер способствует развитию профессиональных

компетенций, в том числе принимать клинические решения. Важными элементами сестринского дела являются высокоразвитые навыки межличностного общения и общения. Значительна роль наставника в содействии, руководстве и развитии позитивных межличностных отношений между студентом-медсестрой наставником, квалифицированной медсестрой наставником и пациентами. Они также несут ответственность за поощрение и развитие навыков межличностного общения и общения обучающихся, а также оценку и признание обучающихся компетентными в навыках. Кроме того, наставникам необходимы эффективные навыки межличностного общения и общения для выполнения ключевых обязанностей своей роли, включая создание безопасной среды клинического обучения, преподавания и обеспечения эффективной обратной связи [126].

Для недавно получивших квалификацию медсестер - делегировании полномочий ассистентам, наставничество может оказать поддержку, поскольку они применяют знания на практике при переходе от квалифицированных студентов к новым квалифицированным медсестрам. В поддерживающей культуре прихода ограниченный доступ к формальному наставничеству может быть подкреплён групповой поддержкой. Организационные контексты обучения и индивидуальные стили обучения (взаимосвязанные области обучения) являются ключом к пониманию эффективного наставничества.

В последнее время одним из ключевых направлений реформирования государственной системы здравоохранения является подготовка изменений в функциональные обязанности медицинских сестер. Необходимость срочной адаптации к новым условиям деятельности показала, что роль медицинской сестры должна быть повышена, в том числе путем научного обоснования перераспределения функций между медицинской сестрой и врачом.

Необходимо провести оптимизацию структуры менеджмента сестринского дела в организациях здравоохранения, способствующей повышению эффективности, изменению уровня взаимодействия руководителя сестринской службы с руководителями врачебных кадров, усилению роли

средних медицинских работников в оказании медицинской помощи пациентам, созданию условий для перспективного развития сестринской службы.

Введение должности заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом повышает, как качество управления сестринским персоналом. Элементами менеджмента сестринского дела являются планирование, координация и анализ качества сестринской помощи; управление сестринским и вспомогательным персоналом; контроль санитарно-эпидемиологического состояния организаций здравоохранения; повышение квалификации средних медицинских работников; проведение в сестринском деле научных исследований; внедрение новых организационных технологий в сестринское дело.

Данная модель управления в сестринском деле позволит определить основные проблемы в управлении сестринским делом, иерархическую структуру управления средними медицинскими работниками, функциональные обязанности руководителей сестринской службы, механизмы контроля сестринской деятельности, расширить полномочия медицинских сестер, повысить эффективность сестринской деятельности, создать наиболее благоприятные условия для самореализации, усиливая роль средних медицинских работников и создавая условия по развитию сестринской службы.

Новые современные организационные технологии в сестринском деле способствуют формированию медицинских сестер в качестве равноправных партнеров врача, способных к принятию самостоятельных сестринских решений и осуществлению доказательного сестринского ухода [13].

Следует признать, что происходит увеличение доли во врачебной деятельности тех видов медицинских услуг, которые должны осуществляться сестринским персоналом, но при этом принижается роль сестринского персонала, которая заключается в выполнении назначений врача и технической работы.

Нужно отметить имеющиеся проблемы в сестринском деле. К ним относятся низкая профессиональная компетентность, отсутствие престижа и

заинтересованности в профессиональном росте, отсутствие данных о потребности в средних медицинских работниках.

Анализ кадрового обеспечения, особенностей в движении кадровых ресурсов необходимы для правильного формирования кадровой политики, своевременного воздействия на имеющиеся отрицательные тенденции. При отсутствии мероприятий в плане привлечения и закрепления молодых специалистов в организациях здравоохранения, возможно, что в ближайшее время может произойти ухудшение кадровой ситуации, особенно в регионах.

Одной из важнейших задач в управлении кадровыми ресурсами является укрепление его потенциала по учету и постоянному анализу данных об обеспеченности, укомплектованности, оттоке из медицинской отрасли медицинских работников. Это предопределяет усилия по обеспечению повышения престижа профессии с целью привлечения и повышения мотивации у средних медицинских работников, направленных на обеспечение укомплектованность кадрами с оказанием пристального внимания сестринским кадрам, работающим в трудных и небезопасных условиях. Большое значение имеет оплата труда, как механизм набора персонала, долгосрочного удержания, мотивирования медицинских кадров и выплата вознаграждений на всех уровнях системы здравоохранения. Важно обеспечение благоприятных трудовых условий труда на основе более удобного и гибкого графика деятельности, при котором создаются возможности оказания качественных медицинских услуг и развития профессионального роста. В создавшихся условиях недостаточной обеспеченности кадрами отмечается перегруженность, ненормированный график работы, что повышает риск не только для пациентов, но и сестринского персонала.

При подготовке и обучении медицинских сестер необходимо укрепление навыков по безопасности пациентов как неотъемлемой основы, способствующей улучшению качества оказания медицинской помощи.

Мероприятия по совершенствованию менеджмента сестринского дела на основе общесистемного подхода направлены на совершенствование кадровой

политики, нормативной и правовой базы по планированию и организации сестринского дела в соответствии с потребностями населения в области системы здравоохранения республики; совершенствование системы управления сестринским персоналом в соответствии с наилучшей международной практикой; оптимизированию профессиональной деятельности средних медицинских работников с перераспределением кадровых ресурсов; пересмотр штатного норматива по увеличению обеспеченности средними медицинскими работниками с учетом потребности в кадрах;

- расширение полномочий медицинских сестер (рисунок 5.1) с передачей определенных функциональных обязанностей врача с целью наиболее эффективного и качественного оказания медицинской помощи в связи с расширением круга профессиональных обязанностей, повышения навыков и профессионального роста. Это создает возможность работы в мультидисциплинарной команде для эффективной командной работы по повышению качества оказания медицинской помощи. В свою очередь расширение полномочий сестринской практики приводит к снижению нагрузки на врача, повышению профессионального статуса средних медработников и усилению ответственности за каждого пациента, улучшению доступности оказываемой медицинской помощи населению и удовлетворенности пациентов, улучшению качества медицинской помощи;

- непрерывное профессиональное обучение средних медицинских работников; привлечение профессиональных медицинских ассоциаций для регулирования механизмов профессиональной деятельности и постоянного повышения квалификации;

- повышение социального статуса средних медицинских работников; повышение мотивации средних медицинских работников, направленное на повышение эффективности оказания медицинской помощи и повышение удовлетворенности работой.

- повышение привлекательности системы здравоохранения для молодых специалистов, снижение текучести кадровых ресурсов, удержание на рабочем

месте молодых специалистов, развитие наставничества в организациях здравоохранения,

- усиление роли органов местного самоуправления, особенно в сельской местности, при закреплении молодых специалистов с учетом возраста врачей, анализ показателей с прогнозом в динамике [11].

В реформе сестринского дела важнейшими направлениями являются организация и внедрение в практическую деятельность новейших организационных технологий сестринской деятельности, улучшение сестринского образования, совершенствование нормативной базы, внедрение научных исследований и расширение компетенций средних медработников. Обязательным условием оказания медицинской сестринской помощи становится подход, ориентированный на пациента, позволяющий повысить удовлетворенность пациентов.

Делегирование полномочий, наставничество оказывает поддержку при переходе от студентов к новым квалифицированным медсестрам. Новые современные организационные технологии в сестринском деле будут способствовать формированию новой генерации медицинских сестер в качестве равноправных партнеров врача, способных к принятию самостоятельных сестринских решений и осуществлению доказательного сестринского ухода.

Наряду с эти, задачами сестринского дела являются обеспечение качества подготовки работников среднего звена, управление процессами миграции сестринского персонала, финансирование для привлечения медработников в отдаленные сельские районы.

Мероприятия по совершенствованию менеджмента сестринского дела на основе общесистемного подхода направлены на расширение полномочий средних медицинских работников (рисунок 5.1). Пациентоориентированность - основной принцип организации процесса оказания медицинской помощи, наиболее желательная модель взаимоотношений пациента, медицинской сестры, врача и других специалистов, при которых все стороны несут равную ответственность за процесс и результаты лечения.



Рисунок 5.1. Организационные технологии сестринской деятельности.

Основные принципы пациентоориентированности направлены на сохранение здоровья пациента, а также продуктивное сотрудничество между медицинским работником и пациентом (рисунок 5.2). В целях оптимизации системы менеджмента сестринского дела и перспективы развития в Кыргызской Республике необходимо совершенствование нормативно-правовых положений по сестринскому делу в обучении и практической деятельности; укрепление роли средних медицинских работников с привлечением их к

участию в обсуждениях на уровне Правительства Кыргызской Республики с различными представителями секторов государственной политики по вопросам кадрового планирования в области образования, здравоохранения, финансов, занятости; ввести руководящие должности сестринского дела для укрепления кадрового потенциала и реализации программ менеджмента сестринского дела; увеличение финансирования подготовки специалистов среднего звена с последующим трудоустройством; обеспечение мониторинга трудоустройства и миграции средних медицинских работников и принятие управленческих решений по удержанию кадровых ресурсов; осуществление мероприятий по развитию сестринских кадров, касающихся соблюдения прав средних медицинских работников в охране труда, улучшения условий труда, обеспечения справедливой оплаты труда [11].



Рисунок 5.2. Перспективы развития сестринского дела.

ВОЗ призывает всемерно повышать вклад медицинских сестер в продвижение научно-обоснованной практики и инноваций в сестринское дело. Медицинские сестры должны уметь использовать возможность применять научно-обоснованную практику в клинической работе по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, предоставляя помощь населению по их потребностям [90].

Реформа сестринского дела проводится во всем мире, определив важнейшими направлениями, организацию и внедрение в практическую деятельность новейших организационных технологий сестринской деятельности, улучшение сестринского образования, разработку и совершенствование нормативной базы, внедрение научных исследований и расширению компетенций средних медработников. Необходимость адаптации к новым условиям деятельности показала, что роль медицинской сестры должна быть повышена, в том числе путем научного обоснования перераспределения функций между медицинскими сестрами и врачами.

Формирование кадровой политики СМР должно проводиться согласно стратегии развития здравоохранения для обеспечения объема и качества кадрового потенциала с внедрением новых механизмов функционирования организаций здравоохранения, сестринских стандартов, регистра специалистов сестринского дела, регистра сестринской документации, инновационных сестринских технологий, сестринской науки, разделение полномочий между врачами и медсестрами [50].

Проведение анализа кадрового потенциала системы здравоохранения, движения кадров необходимо для разработки мероприятий по предупреждению и снижению текучести кадров, повышению эффективности управления человеческими ресурсами. Для мониторинга и оперативного управления кадровыми ресурсами здравоохранения и выработки стратегий необходимо наладить учет оттока кадров из медицинских организаций (причины) и регистрацию СМР, выезжающих для работы за пределами страны.

Развитие инновационного менеджмента увеличивает доверие пациентов к сотрудникам и улучшает качество медицинских услуг, что соответственно повышает конкурентную способность медицинских сестер. Инновационный менеджмент включает: внедрение новых сестринских технологий, системы управления КСП, стандартов КСП; укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения; повышение культуры обслуживания отношения к пациентам; проведение подготовки кадров; повышение оплаты труда; научно-исследовательская деятельность; повышение профессионального уровня медицинских сестер.

Менеджер сестринского дела должен быть высококвалифицированным специалистом с лидерскими качествами, опытом работы в практическом здравоохранении, наличием категории и высшим профессиональным образованием предпочтительно; общительным, целеустремленным, дисциплинированным, обладать упорством, навыками межличностного общения, авторитетом, интеллектуальными способностями, иметь доверие сотрудников; уметь осуществлять подбор кадров, направлять на повышение квалификации, создание благоприятного психологического климата в коллективе; внедрять инновации в сестринский процесс; участвовать в научных конференциях. Менеджер сестринского дела является наставником молодых специалистов, объединяющий коллектив в команду, где каждый знает свою роль в команде и вносит вклад в комплексную и качественную медицинскую помощь. Современная модель сестринского дела направлена на повышение, как профессионального потенциала средних медицинских работников, так и эффективного его использования, улучшение состояния здоровья каждого пациента, повышения качества медицинской сестринской помощи.

Научно обоснованные современные организационные технологии в сестринском деле мероприятия будут способствовать формированию новой генерации медицинских сестер в качестве равноправных партнеров врача, способных к принятию самостоятельных сестринских решений и осуществлению доказательного сестринского ухода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. В обеспеченности организаций здравоохранения средним медицинским персоналом, как по республике, так и по областям сложилась тенденция убыли в рассматриваемые годы при высокой потребности в средних медицинских работниках. В стационарах регионов республики в основном отмечена устойчивость коэффициента совместительства средними медицинскими работниками, особенно по республике. Наибольший коэффициент совместительства по Иссык-Кульской (1,7), Таласской (1,7) и Нарынской (1,6) областям.

2. В системе менеджмента сестринским делом отсутствует ситуационный подход и мониторинг кадрового потенциала среднего звена. Преобладание демократического стиля управления формирует благоприятный социально-психологический климат в коллективах. Экспертная оценка менеджмента сестринского процесса показала высокую согласованность мнений по недостаточному внедрению элементов менеджмента в сестринское дело.

3. Низкая удовлетворенность средних медицинских работников ЦСМ отмечается в заработной плате, объеме работы, профессиональном росте, а в стационарах в заработной плате, объеме работы, режиме работы и условиях труда. Основной причиной ухода из профессии является недостаточная оплата труда, но по мотивационным факторам наибольшую группу составили организационные (профессиональные риски, высокая нагрузка, неудовлетворительная материально-техническая оснащенность, негибкий график работы, несоответствие теории и практики, отсутствие карьерного роста, повышенная требовательность к работе медсестер, неудовлетворительные условия труда).

4. Разработанные и научно обоснованные мероприятия по менеджменту сестринского дела направлены на расширение и делегирование полномочий, компетенций сестринской практики, наставничество и

пациентоориентированность, направленных на повышение профессионального статуса средних медицинских работников, усиление ответственности за каждого пациента, улучшение доступности и удовлетворенности пациентов, и качества сестринской помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

I. На уровне Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

- Внедрение клинических рекомендаций и стандартов сестринской практики в процессе оказания медицинской сестринской помощи.
- Вложение ресурсов в обучение сестринского персонала, создание рабочих мест и обеспечение его лидерских позиций в системе здравоохранения.
- Внедрение практики наставничества и адаптации молодых специалистов.
- Стимулирующие выплаты «за наставничество в отношении молодых специалистов».
- Создание единой информационной базы по мониторингу движения кадрового потенциала средних медицинских работников (убытие по разным причинам, прибытие молодых специалистов, возвращение в профессию и др.).

II. На уровне организаций здравоохранения

- Внедрение организационных сестринских технологий (расширение компетенций, расширение полномочий, делегирование полномочий, наставничество) для осуществления качественной профессиональной деятельности.
- Внедрение менеджмента сестринского дела, повышающего конкурентную способность медицинских сестер и выходу сестринского дела на новый профессиональный уровень.

III. На уровне образовательных организаций

- Внедрение новых образовательных программ сестринского дела на уровне международных стандартов с целью подготовки компетентных медицинских сестер как равноправных партнеров врачей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. **Абаскалова, А. О.** Мотивация персонала, как один из механизмов повышения заинтересованности персонала в управлении организации. Стратегическое планирование развития городов и регионов [Текст] / А. О. Абаскалова // Памяти первого ректора ТГУ С. Ф. Жилкина: сб. науч. тр. IV Междунар. науч.-практ. конф. в 2 ч. – 2014. – С. 242-246.

2. **Александрова, О. А.** Трансформация российского здравоохранения: роль медицинских сестер [Текст] / О. А. Александрова, Ю. С. Ненахова, А. В. Ярашева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № S2. – С. 1251-1257.

3. **Александрова, О. А.** Адаптация врачей к расширению роли медицинских сестер при оказании медицинской помощи [Текст] / О. А. Александрова, Ю. С. Ненахова, О. Н. Махрова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 9-10. – С. 62-69.

4. **Алмазов, А. А.** Критерии оценки мотивации персонала, создание и развитие ценностей медицинской организации [Текст] / А. А. Алмазов // Здравоохранение. – 2014. – № 5. – С. 94-101.

5. **Алма-Атинская декларация** [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. – 1978. – 3 с.

6. **Аманбеков, А. А.** Проблемы совершенствования сестринского дела в Кыргызской Республике [Текст] / А. А. Аманбеков // Бюллетень науки и практики. – 2019. – Т. 5, № 9. – С. 148-152.

7. **Аманбеков, А. А.** Динамика региональной обеспеченности средними медицинскими работниками в Кыргызской Республике [Текст] / А. А. Аманбеков, А. А. Айдаралиев // Известия вузов Кыргызстана. – 2020. – № 5. – С. 53-58.

8. **Аманбеков, А. А.** Удовлетворенность специалистов сестринского дела профессиональной деятельностью [Текст] / А. А. Аманбеков, Н. К. Касиев // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – № 6. – С. 72-77.

9. **Аманбеков, А. А.** Отношение выпускников медицинских колледжей к своей профессии [Текст] / А. А. Аманбеков, А. А. Айдаралиев // Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке: сб. науч. тр. Республ. науч.-практ. конф. мед. факультета КРСУ им. Б. Н. Ельцина с междунар. уч. – Бишкек, 2022. – Вып. 22. – С. 277-281.

10. **Аманбеков, А. А.** Роль медицинских сестер в научно-исследовательской работе Кыргызской Республики [Текст] / А. А. Аманбеков, И. Ж. Жаныбеков, Э. О. Ыбыкеева // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2023. – № 2. – С. 103-106.

11. **Аманбеков, А. А.** Пути оптимизации системы менеджмента сестринского дела в Кыргызской Республике [Текст] / А. А. Аманбеков // Известия вузов Кыргызстана. – 2023. – № 3. – С. 40-42.

12. **Аманбеков, А. А.** Тенденции соотношения врач - средний медицинский работник в Кыргызской Республике [Текст] / А. А. Аманбеков // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2023. – № 6. – С. 44-48.

13. **Аманбеков, А. А.** Современные организационные технологии в сестринском деле [Текст] / А. А. Аманбеков // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10, № 5. – С. 350-359.

14. **Аманбеков, А. А.** Причины ухода медицинских сестер с профессии [Текст] / А. А. Аманбеков // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10, № 5. – С. 367-375.

15. Аналитический обзор организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике: о чем говорят факты [Текст] / Европейская рамочная основа ВОЗ для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген, 2018. – 82 с.

16. **Белялова, М. А.** Формирование профессиональной компетентности менеджера сестринского дела [Текст] / М. А. Белялова, О. П. Гаранина, Л. А. Сизова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 66-71.

17. Будущее сестринского дела 2020-2030 гг. Наметить путь к достижению справедливости в отношении здоровья [Электронный ресурс] / [J. L. Flaubert, S. Le Menestrel, D. R. Williams et al.]. – Вашингтон, 2021. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573910/>. – Загл. с экрана.

18. **Бурдастова, Ю. В.** Анализ зарубежного опыта и российских практик изменения роли медицинских сестер [Текст] / Ю. В. Бурдастова // Здоровье мегаполиса. – 2020. – № 1 (2). – Р. 89-94.

19. **Бурдастова, Ю. В.** Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? [Текст] / Ю. В. Бурдастова // Народонаселение. – 2020. – Т. 23, № 1. – С. 148-154.

20. **Вертакова, Ю. В.** Методический подход к оценке стратегического потенциала системы здравоохранения региона [Электронный ресурс] / Ю. В. Вертакова, О. В. Власова // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2013. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskiy-podhod-k-otsenke-strategicheskogo-potentsiala-sistemy-zdravoohraneniya-regiona/viewer>. – Загл. с экрана.

21. **Власова, О. В.** Методический подход к оценке сходимости экспертных мнений в области развития системы здравоохранения [Текст] / О. В. Власова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7, № 1 (22). – С. 74-76. конкордация

22. **Володин, А. В.** Кадровый потенциал руководителей среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения [Текст] / А. В. Володин // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2011. – № 4. – С. 133-137.

23. Глобальная система квалификаций и результатов для всеобщего охвата услугами здравоохранения [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2022 г. – 95 с.

24. Глобальные стратегические направления деятельности ВОЗ по укреплению сестринского и акушерского дела на 2021–2025 гг. [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2021. – 40 с.

25. **Демидова, Т. В.** Сестринская служба в современном мире: проблемы и перспективы [Текст] / Т. В. Демидова // Медицинская сестра. – 2020. – № 4. – С. 7-9.

26. Деятельность медицинской сестры в России и за рубежом [Текст] / [А. Калининская, Л. А. Гаджиева, А. В. Гажева и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 1. – С. 19-24.

27. **Двойников, С. И.** Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи [Текст] / С. И. Двойников // Сестринское дело. – 2014. – № 3. – С. 11-13.

28. Единые рекомендации организациям практического здравоохранения по внедрению модели организации сестринских услуг [Текст]: метод. рекомендации / Ж. А. Куланчиева, Д. С. Смаилова, З. А. Байгожина, К.Т. Абенова. – Нур-Султан, 2019. – 35 с.

29. **Екимова, Н. А.** Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой в условиях внедрения инноваций в сестринскую практику [Текст] / Н. А. Екимова, Л. А. Карасева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 143-151.

30. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Женева, 2013. – 224 с.

31. Здоровый человек - процветающая страна. Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы

здравоохранения на 2019-2030 годы [Электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: <https://cbd.minjust.gov.kg/12976/edition/929710/ru>. – Загл. с экрана.

32. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2016 год [Электронный ресурс] / Центр электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: стат. сборник. – Бишкек, 2017. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

33. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2017 год [Электронный ресурс] / Центр электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: стат. сборник. – Бишкек, 2018. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

34. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2018 год [Электронный ресурс] / Центр электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: стат. сборник. – Бишкек, 2019. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

35. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2019 год [Электронный ресурс] / Центр электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: стат. сборник. – Бишкек, 2020. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

36. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2020 год [Электронный ресурс] / Центр электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: стат. сборник. – Бишкек, 2021. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

37. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2021 год [Электронный ресурс] / Центр электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской

Республики: стат. сборник. – Бишкек, 2022. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

38. **Иванов, А. В.** Периодическая аккредитация медицинских работников со средним медицинским образованием [Текст] / А. В. Иванов // Медицинская сестра. – 2021. – № 6. – С. 3-10.

39. Инновационные изменения в управлении сестринским персоналом ЛПУ / [Е. П. Жаворонков, Ю. О. Ким, Т. Г. Николаева и др.] // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2012. – № 4. – С. 1-6.

40. **Кайгородова, Т. В.** Позиция Всемирной организации здравоохранения по развитию сестринского дела и акушерства [Электронный ресурс] / Т. В. Кайгородова, Е. В. Кирсанова. - 2011. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pozitsiya-vsemirnoy-organizatsii-zdravoohraneniya-po-razvitiyu-sestrinskogo-dela-i-akusherstva>. – Загл. с экрана.

41. **Калинина, И. Г.** Профессиональное развитие медицинских сестер. Новые реалии [Текст] / И. Г. Калинина // Медицинская сестра. – 2021. – № 3. – С. 6-8.

42. **Калинченко, Е. И.** Профессионально-прикладная подготовка медицинских сестер [Текст] / Е. И. Калинченко, И. А. Ушакова, В. В. Скворцов // Медицинская сестра. – 2020. - № 5. – С. 19-23.

43. **Камынина, Н. Н.** Теория сестринского дела [Текст]: учебник / Н. Н. Камынина, И. В. Островская, А. В. Пьяных. - М.: ИНФРА-М, 2016. - 224 с.

44. **Камынина, Н. Н.** Анализ кадрового состава врачей и специалистов со средним медицинским образованием городской клинической больницы на основе статистических форм [Текст] / Н. Н. Камынина, Н. В. Шахова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 546-562.
45. **Карпова, И. П.** Научное обоснование оптимизации управления сестринской медицинской помощью населения (на примере Читинской обл.) [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / И. П. Карпова. – Хабаровск, 2008. – 156 с.
46. **Касимовская, Н. А.** Организация сестринской службы [Текст]: учебник / Н. А. Касимовская, В. Е. Ефремова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 440 с.
47. **Качаровская, Е. В.** Сестринское дело в педиатрии [Текст] / Е.В. Качаровская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 128 с.
48. **Кашафутдинова, Г.Т.** Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики [Текст] / Г. Т. Кашафутдинова, В. Ю. Байсугурова // Вестник КазНМУ. – 2013. – № 1. – С. 303-306.
49. **Комарова, В.** Квалификационные требования к работе медицинской сестры [Текст] / В. Комарова // Медицинская сестра. – 2021. – № 2. – С. 55-
50. Концепция развития Школы медицинских сестер в БМЦ на 2016-2017 годы. – Астана, 2015. – 59 с.
51. **Копырина, С. А.** Трудовая мотивация медицинских сестер как один из факторов оптимизации работы поликлиники [Текст] / С. А. Копырина // Медицинская сестра. – 2020. – № 5. – С. 8-11.
52. **Коренчук, З. А.** Организационные подходы к совершенствованию деятельности медицинских сестер ЛПУ на уровне региона [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.02.03 / З. А. Коренчук. – Москва, 2006. – 145 с.

53. **Коротина, Е. В.** Работа сестринской службы в ЛПУ на примере госпиталя Бундан (Южная Корея) [Текст] / Е. В. Коротина // Медицинская сестра. – 2020. – № 3. – С. 45-47.

54. **Костикова, А.Ю.** Мотивация и удовлетворенность профессиональной деятельностью медицинских работников [Текст]: автореф. ...канд. мед. наук: 14.02.03 / А. Ю. Костикова. – Москва, 2019. – 18 с.

55. **Кулов, Д. Б.** Оценка удовлетворенности профессиональной деятельностью медицинских сестер ПМСП [Текст] / Д. Б. Кулов, А. А. Болатбекова, Н. Ж. Ердесов // Медицина и экология. – 2020. – № 2. – С. 95-100.

56. **Латышова, А. А.** Основные тенденции динамики обеспеченности средним медицинским персоналом в Российской Федерации за период 2015 - 2019 гг. [Текст] / А. А. Латышова, Н. Я. Несветайло, В. В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 4. – С. 341-351.

57. **Лубенец, Ю. В.** О модифицированном коэффициенте конкордации, учитывающем в большей степени согласованность лучших альтернатив [Текст] / Ю. В. Лубенец // *iPolytech Journal*. – 2017. – Т. 21, № 10. – С. 32-39.

58. **Мамырбаев, М. Ж.** Методологические основы совершенствования организации и управления сестринской деятельности в Кыргызской Республике (на примере Чуйской области) [Текст]: дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / М. Ж. Мамырбаев. – Бишкек, 2012. – 135 с.

59. **Матвейчик, Т. В.** Управление сестринской деятельностью. Обзор нового учебного пособия [Текст] / Т. В. Матвейчик // Медицинская сестра. – 2021. – № 5. – С. 15-18.

60. Международный год работников сестринских и акушерских служб [Электронный ресурс] / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2020. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2020/01/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>. – Загл. с экрана.

61. Медсестринское и акушерское дело в истории Всемирной организации здравоохранения – 1948-2017 [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2017. – 102 с.

62. **Модестов, А. А.** Разработка и особенности внедрения сестринской пациент-ориентированной модели в педиатрии [Текст] / А. А. Модестов, И. М. Спивак // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – № 4. – С. 18-24.

63. **Морозов, П. Н.** Оценка пациентами деятельности стационарных лечебно-профилактических учреждений (на примере клинического центра ММА им. И.М. Сеченова) [Текст] / П. Н. Морозов // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 2. – С. 78-83.

64. **Мулярчик, О. С.** Анализ кадрового состава и мнения среднего медицинского персонала об удовлетворенности работой [Текст] / О. С. Мулярчик // Достижения современного сестринского движения и практики: сб. матер. к 30-летию высшего сестринского образования в Республике Беларусь. – Гродно, 2022. – С. 28-31.

65. Мюнхенская декларация: Медицинские сестры и акушерки – важный ресурс здоровья [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген, 2000. – Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/53856/E93016R.pdf. – Загл. с экрана.

66. Научное обоснование необходимости увеличения оплаты труда медицинских работников в РФ [Текст] / [Г.Э. Улумбекова, Я.В. Власов, А.И. Домников и др.] // Вестник ВШОУЗ. – 2023. – № 1 (31). – С. 4-26.

67. Некоторые подходы к оптимизации подготовки академических и прикладных бакалавров сестринского дела [Текст] / [У. А. Алтынбекова, М. А. Рамазанова, Б. С. Касиева и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – № 2. – С. 338-340.

68. О реализации комплекса мероприятий по укреплению кадрового потенциала среднего медицинского персонала системы здравоохранения Оренбургской области [Текст] / А. В. Володин, Е. Д. Луцай, В. А. Боев, Н. В.

Заришняк // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 126-142.

69. Опрос ВШОУЗ: Беспокойство медработников вызывают низкая оплата труда и излишний документооборот [Текст] / Высшая школа организации и управления здравоохранением. – Москва, 2023. – Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/news/analitika/wcs-14874/>. – Загл. с экрана.

70. **Оразбакова, Г. О.** Роль медсестер расширенной практики в первичной медико-санитарной помощи [Текст] / Г. О. Оразбакова, Р. М. Токаев // Вестник КазНМУ. – 2021. – № 1. – С. 604-607.

71. Оценка движения врачебных кадров государственных медицинских организаций в Иркутской области [Текст] / [С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров, Т. И. Алексеевская, Н. С. Апханова и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29 (3). – С. 531-536.

72. **Павленко, Т. Н.** Кадровый потенциал среднего медицинского персонала системы здравоохранения Оренбургской области в условиях модернизации [Текст] / Т. Н. Павленко // Медицинский альманах. – 2013. – № 1 (25). – С. 19-24.

73. **Пайбактова, Т. А.** Принципы управления сестринским делом на региональном уровне [Текст]: автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Т. А. Пайбактова. – Москва, 2013. – 26 с.

74. Перспективы внедрения новой модели медицинской сестры в столичное здравоохранение: ожидаемые эффекты и возможные риски [Текст] / Е. И. Аксенова, О. А. Александрова, А. В. Ярашева, Ю. С. Ненахова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64, № 5. – С. 236-242.

75. **Петрова, Н. Г.** Проблемы качества сестринской помощи (по результатам анкетирования пациентов и среднего медицинского персонала) / [Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян, А. А. Дронова и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=21839>. – Загл. с экрана.

76. **Петрова, С.** ВОЗ: сестринская служба – важное звено не только для здравоохранения, но и для мировой экономики в целом [Текст] / Петрова С. // Медицинская сестра. – 2020. – № 3. – С. 3-5.

77. **Полякова, Н. Г.** Менеджмент–наставничество как стиль управления средним медицинским персоналом в ГБУЗ АО Александро-Мариинская областная клиническая больница [Текст]: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. / Н. Г. Полякова // Актуальные вопросы управления сестринской деятельностью в системе здравоохранения. – Астрахань, 2016. – С. 39-46.

78. Популяризация научно-обоснованной практики в сестринском и акушерском деле в Европейском регионе ВОЗ [Текст] / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген. 2018. – 42 с.

79. Проблема обеспечения безопасности пациентов при оказании медицинской помощи [Текст] / [В. В. Шкарин, В. В. Ивашев, О. С. Емельянова и др.] // Медицинская сестра. – 2020. – № 5. – С. 37-40.

80. Проблемы взаимодействия врачей и среднего медицинского персонала [Текст] / [А. В. Василенок, Н. М. Буянова, И. А. Мацнева и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Vol. 28 (4). – P. 638-644.

81. Проблемы организации научно-исследовательской работы при подготовке специалистов сестринского дела [Текст] / И. Г. Новокрещенова, И. В. Новокрещенов, Н. А. Семикина, В. В. Чунакова // Медицинская сестра. – 2020. – № 7. – С. 7-12.

82. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы [Электронный ресурс]. – Москва, 2010. – Режим доступа: <http://nursemanager.ru/pravo/sports/programma-razvitiya-sestrinskogo-dela-v-rossijskoj-federaczii-na-2010-2020-gody.html>. – Загл. с экрана.

83. Программа развития сестринского дела и образования Кыргызской Республики на 2019-2023 годы [Текст]. – Бишкек, 2019. – 42 с.

84. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения [Текст]: Коллективная монография [Е. И. Аксенова, О. А. Александрова, Н. В. Аликперова и др.]. - М., 2019. - 244 с.

85. Разрешение проблем недостаточного использования потенциала в оказании помощи при НИЗ: новая роль для семейных врачей/врачей общей практики и медсестер? [Текст] / Документ исследования политики. Ден Соолук. – 2015. – 41 с.

86. **Рахимова, Н. Х.** Состояние и перспективы развития сестринского дела в Таджикистане [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / Н. Х. Рахимова. – Москва, 2005. – 125 с.

87. **Савинкина, Л. А.** Проблема дефицита медицинских кадров и пути ее решения [Электронный ресурс] / Л. А. Савинкина, Т. С. Шепелова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=16466>. – Загл. с экрана.

88. **Саркисова, В.** Сестринское дело в России выходит на новый этап своего развития [Текст] / В. Саркисова // Медицинская сестра. – 2021. – № 3. – С. 3-5.

89. **Сайфетдинова, В. В.** Роль медицинской сестры в новой модели здравоохранения [Текст] / В. В. Сайфетдинова // Медицинская сестра. – 2021. – № 7. – С. 10-14.

90. Содействие применению научно обоснованной практики в сестринском и акушерском деле в Европейском регионе ВОЗ [Текст] / ВОЗ. – Женева, 2022. – 47 с.

91. Состояние сестринского дела в мире, 2020 г. [Текст] / Вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров. – Женева, 2020. – 116 с.

92. Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020 [Текст] / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2015. – 43 с.

93. **Супрун, С. В.** Особенности системы управления сестринским персоналом в многопрофильной поликлинике [Текст]: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. / С. В. Супрун, Л. Ю. Мололкина // Актуальные вопросы управления сестринской деятельностью в системе здравоохранения. – Астрахань, 2016. – С. 46-54.

94. **Тарасенко, Е. А.** Перспективные направления организации работы сестринского персонала: зарубежный опыт и уроки для России [Текст] / Е. А. Тарасенко // Здравоохранение. – 2014. – № 8. – С. 94-101.

95. Укрепление медсестринского и акушерского дела [Электронный ресурс] / ВОЗ. Информационный бюллетень. Сентябрь 2018. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/voz-informatsionnyy-byulleten-sentyabr-2018-ukreplenie-medsestrinskogo-i-akusherskogo-dela>. – Загл. с экрана.

96. Управление сестринской службой Воронежской области в условиях реформирования системы здравоохранения / [А. В. Крючкова, О. В. Вавилова, В. В. Пономарева и др.] // Медицинская сестра. – 2020. – № 5. – С. 3-7.

97. **Хабиева, Т. Х.** Инновационный менеджмент в сестринском деле как повышение конкурентоспособности медицинских сестер в условиях ОСМС [Текст] / Т. Х. Хабиева // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 2. – С. 341-344.

98. **Ыбыкеева, Э. О.** Научное обоснование внедрения инновационных сестринских технологий в практическое обучение и организации здравоохранения: дис. ...канд. мед. наук: 14.02.03 / Э. О. Ыбыкеева. - Бишкек, 2015. – 121 с.

99. **Чернецкая, Л. В.** Роль специалистов среднего звена в развитии амбулаторно-поликлинической помощи (на примере ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно») [Текст] / Л. В. Чернецкая, М. В. Дудко // Достижения современного сестринского движения и практики: сб. матер. к 30-летию высшего сестринского образования в Республике Беларусь. – Гродно, 2022. – С. 56-59.

100. Эффективность деятельности кадровых ресурсов здравоохранения на примере специалистов сестринского дела [Текст] / Г. Т. Кашафутдинова, А. Д. Кызаева, М. А. Рамазанова, А. Муратхан // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – № 4. – С. 465-469.

101. **Ярочкина, Н. В.** Пациентоориентированный подход в подготовке медицинских кадров [Текст] / Н. В. Ярочкина // Специалист здравоохранения. – 2018. – № 2 (16). – С. 55-56.

102. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study [Text] / [S. Gysin, B. Sottas, M. Odermatt et al.] // BMC Fam Pract. – 2019. – Vol. 20 (1). – P. 163.

103. A grounded theory study of the intention of nurses to leave the profession [Text] / [L. Alilu, V. Zamanzadeh, L. Valizadeh et al.] // Revista Latino-Americana de Enfermagem. – 2017. – Vol. 25. – P. e2894.

104. A systematic review of online learning programs for nurse preceptors [Text] / X. V. Wu, Y. S. Chan, K. H. Tan, W. Wang // Nurse Educ Today. – 2018. – Vol. 60. – P. 11–22.

105. **Armstrong, N.** Management of nursing workplace Incivility in the health care settings: A systematic review [Text] / N. Armstrong // Workplace Health Safety. 2018. – Vol. 66 (8). – P. 403-410.

106. **Baileff, A.** The Role of Advanced Nurse Practitioners [Text]. – London: 2015. – 374 p.

107. Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of in-hospital cardiac arrest patients / [M. D. McHugh, M. F. Rochman, D. M. Sloane et al.] // Medical Care. – 2016. – Vol. 54, № 1. – P. 74-80.

108. **Burhans, L. M.** Quality nursing care in the words of nurses [Text] / L. M. Burhans, M. R. Alligood // Journal of Advanced nursing. – 2010. – Vol. 66 (8). – P. 1689-1697.

109. Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis [Text] / [R. Altermatt-von

Arb, H. Stoll, A. Kindlimann et al.] // BMC Prim Care. – 2023. – Vol. 24 (1). – P. 26.

110. Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation - a cross-sectional study [Electronic resource] / [D. Kohnen, H. De Witte, W. B. Schaufeli et al.] // Human Resources for Health. – 2024. – Vol. 22, Issue 1. – Access mode: <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>. – Title from the screen.

111. **Ernstmeyer, K.** Nursing Management and Professional Concepts [Electronic resource] / K. Ernstmeyer, E. Christman. – 2022. – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598384/>. – Title from the screen.

112. Experienced based co design: nursing preceptorship educational programme [Text] / P. Hardie, A. Murray, S. Jarvis et al.] // Res Involv Engagem. – 2022. – Vol. 8 (1). – P. 53.

113. Experiences of Iranian nurses that intent to leave the clinical nursing: A content analysis [Text] / [L. Valizadeh, V. Zamanzadeh, H. Habibzadeh et al.] // Journal of Caring Sciences. – 2016. – Vol. 5 (2). – P. 169-178.

114. **Flinkman, M.** Early career experiences and perceptions - a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland [Text] / M. Flinkman, S. Salanterä // Journal of Nursing Management. – 2015. – Vol. 23 (8). – P. 1050-1057.

115. **Gagan, M. J.** Patient satisfaction with nurse practitioner care in primary care settings [Text] / M. J. Gagan, P. Maybee // Australian Journal of Advanced Nursing. – 2011. – Vol. 28. – P. 12-19.

116. Global Prevalence of Nurse Turnover Rates: A Meta-Analysis of 21 Studies from 14 Countries [Text] / [H. Ren, P. Li, Yi. Xue et al.] // Journal of Nursing Management. – 2024. - Vol. 2024, Issue 1. – P. 1-15.

117. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020 / World Health Organization. – Geneva, 2016. – 56 p.

118. **Gray, A.** Advanced or advancing nursing practice: what is the future direction for nursing? [Text] / A. Gray // *British Journal of Nursing*. – 2016. – № 25. – P. 8-13.

119. **Grym, K.** Public health nurses in Finland. A life-course approach to the prevention of noncommunicable diseases [Electronic resource] / K. Grym, L. Borgermans // World Health Organization, Regional Office for Europe. – Access mode: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/367270/gpb-hss-ncds-fin-eng.pdf. – Title from the screen.

120. Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse [Text] / [I. Eriksson, M. Lindblad, U. Möller et al.] // *Int J Nurs Pract*. – 2018. – Vol. 1. – P. e12603.

121. Hospital nurses' job security and turnover intention and factors contributing to their turnover intention: a cross-Sectional study [Text] / E. Kakemam, M. Sokhanvar, Z. Chegini, P. Sarbakhsh // *Nursing and Midwifery Studies*. – 2018. – Vol 7, № 3. – P. 133-140.

122. **Hughes, R.** AONL Workforce Compendium: Practice-Based Evidence to Support Nurse Leaders [Text] / R. Hughes // *J Nurs Adm*. – 2023. – Vol. 53 (7-8). – P. 363-364.

123. Humble leadership and innovative behaviour among Chinese nurses: the mediating role of work engagement / [K. Yang, L. Zhou, Z. Wang et al.] // *Journal of Nursing Management*. – 2019. – Vol. 27, № 8. – P. 1801-1808.

124. Integration of an advanced practice nurse into a primary care practice: a qualitative analysis of experiences with changes in general practitioner professional roles in a Swiss multiprofessional primary care practice [Text] / [E. Lauber, A. Kindlimann, D. Nicca et al.] // *Swiss Med Wkly*. – 2022. – Vol. 152. – P. w30199.

125. Interpersonal and communication skills development in nursing preceptorship education and training programmes: a scoping review protocol [Text] / [P. Hardie, A. Darley, C. Redmond et al.] // *HRB Open Res*. – 2021. – Vol. 4. – P. 9.

126. Interpersonal and communication skills development in general nursing preceptorship education and training programmes: A scoping review [Text] / [P.

Hardie, A. Darley, L. Langan et al.] // Nurse Educ Pract. – 2022. – Vol. 65. – P. 103482.

127. **Irwin, C.** Does preceptorship improve confidence and competence in Newly Qualified Nurses: a systematic literature review [Text] / C. Irwin, J. Bliss, K. Poole // Nurse Educ Today. – 2018. – Vol. 60. – P. 35–46.

128. **Lewis, R.** General practice nurse trainees' perspectives on general practice nursing as a career choice: qualitative findings from a vocational training scheme in the United Kingdom (UK) [Text] / R. Lewis // BMC Prim Care. – 2023. – Vol. 24 (1). – P. 216.

129. **Kavaklı, B. D.** The relationship between workplace incivility and turnover intention in nurses: A cross-sectional study [Text] / B. D. Kavaklı, N. Yildirim // J Nurs Manag. – 2022. – Vol. 30 (5). – P. 1235-1242. Невежливость текучесть кадров

130. **Ko, Y. K.** Effects of nursing power and organizational trust on nurse's responsiveness and orientation to patient needs [Text] / Y. K. Ko, S. Yu, S. H. Jeong // Nursing Open. – 2020. – Vol. 7. – P.1807–1814.

131. **Kollar, K.** Research work of nurses: potential and prospects [Text] / K. Kollar // Journal of Nursing. - 2016. - Vol. 10 (3). – P. 12-18.

132. **Maier, C. B.** Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study [Text] / C. B. Maier, L. H. Aiken // Eur J Pub Health. – 2016. – Vol. 26. – P. 927-934.

133. **Maier, C. B.** Nurses in expanded roles to strengthen community-based health promotion and chronic care: policy implications from an international perspective: A commentary [Electronic resource] / C. B. Maier, H. Budde, J. Buchan // Israel Journal of Health Policy Research. – 2018. – Vol. 7. – № 64. - Access mode: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-018-0257-5>.

134. **Malak, H.** Impact of practicing servant leadership style among Chief Nursing Officers (CNOs) in nursing organizations [Text] / H. Malak, B. Mirza, A. Rundio, M. Mirza // Journal of Interprofessional Education and Practice. – 2022. – Vol. 29. – P. 100562.

135. **Maier, C. B.** Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study [Text] / C. B. Maier, L. H. Aiken // Eur J Pub Health. – 2016. – Vol. 26. – P. 927–934.

136. Measuring and assessing the competencies of preceptors in health professions: a systematic scoping review [Text] / [A. D. Bartlett, I. S. Um, E. J. Luca et al.] // BMC Med Educ. – 2020. – Vol. 20. – P. 1–9.

137. Mid-level health providers (MLHPs) in delivering and improving access to primary health care services – a narrative review [Text] / [V. Chauhan, N. Dumka, E. Hannah et al.] // Dialogues in Health. – 2023. – Vol. 3. – P. 100146.

138. **Myers, K.** Collaborative and bidirectional feedback between students and clinical preceptors: promoting effective communication skills on health care teams [Text] / K. Myers, C. L. Chou // J Midwifery Womens Health. – 2016. – Vol. 61 (S1). – P. 22-27.

139. **Nolte, E.** Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries [Text] / E. Nolte, C. Knai, M. McKee. – Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. – 2008. – 181 p.

140. Nursing and midwifery [Electronic resource] / World Health Organization. - Geneva, 2022. – Access mode: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/nursing-and-midwifery>. – Title from the screen.

141. Nursing and midwifery [Electronic resource] / World Health Organization. – Geneva, 2024. – Access mode: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/nursing-and-midwifery>. – Title from the screen.

142. **Polit, D. F.** Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice [Text] / D. F. Polit, C. T. Beck. - Philadelphia, 2017. - 10th Edition. - 784 p.

143. **Rathert, C.** Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature [Text] / C. Rathert, M. D. Wyrwich, S. A. Boren // Med Care Res Rev. – 2012. – Vol. 70 (4). – P. 351–379.

144. Royal College of Nursing. The research nursing career pathway: A guide to education and development [Text]. – London, 2017. – UK: Royal College of Nursing.

145. **Schaffer, M. A.** Evidence-based practice models for organizational change: Overview and practical applications [Text] / M. A. Schaffer, K. E. Sandau, L. Diedrick // Journal of Advanced Nursing. – 2017. – Vol. 73 (3). – P. 582-593.

146. Servant leadership and performance of public hospitals: trust in the leader and psychological empowerment of nurses / [S. Saleem, L. Tourigny, M. M. Raziq et al.] // Journal of Nursing Management. – 2022. – Vol. 30, № 5. – P. 1206-1214.

147. **Sieloff, C. L.** Group power through the lens of the 21st century and beyond: Further validation of the Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations [Text] / C. L. Sieloff, A. M. Bularzik // Journal of Nursing Management. – 2011. – Vol. 19 (8). – P. 1020–1027.

148. **Sheldon, L. K.** Development of communication skills in healthcare: Perspectives of new graduates of undergraduate nursing education [Text] / L. K. Sheldon, D. M. Hilaire // J. Nurs. Educ. Pract. – 2015. – Vol. 5. – P. 7.

149. State of the world's nursing. Investing in education, jobs and leadership [Text] / World Health Organization. – Geneva, 2020. – 144 c.

150. Strengthening health systems through nursing Evidence from 14 European countries [Text] / [A. M. Rafferty, R. Busse, B. Zander-Jentsch et al.]. - Copenhagen, 2019. – 181 p.

151. **Taan, W. F.** The role of organizational culture and communication skills in predicting the quality of nursing care [Electronic resource] / W. F. Taan, F. Allama, B. Williams // Applied Nursing Research. – 2024. – Vol. 75. – Access mode: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0897189724000077>. – Title from the screen.

152. **Taber, J. M.** Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data [Text] / J. M. Taber, B. Leyva, A. Persoskie // J. Gen. Intern. Med. – 2015. – T. 30, № 3. – P. 290–297.

153. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and ‘universal’ health? [Text] / [M. Boniol, T. Kunjumen, T. S. Nair et al.] // *BMJ Global Health*. – 2022. – Vol. 7. – P. e009316.

154. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction [Text] / [E. Krupat, S. L. Rosenkranz, C. M. Yeager et al.] // *Patient Education Counseling*. - 2000. - Vol. 39. - P. 49-59.

155. The relationship between organizational justice and turnover intention of hospital nurses in Iran / [S. Tourani, O. Khosravizadeh, A. Omrani et al.] // *Materia Socio Medica*. – 2016. – Vol. 28, № 3. – P. 205-209.

156. **Townsley, A.** When Patient Rudeness Impacts Care: A Review of Incivility in Health care [Text] / A. Townsley, J. Li-Wang, R. Katta // *Cureus*. – 2023. – Vol. 15 (6). – P. :e40521.

157. Validity test of K-SKAGOAO for Korean nursing groups and the relationship of nursing group power and job satisfaction, organizational commitment, organizational performance [Text] / Y. H. Sung, J. H. Jeong, H. T. Park, M. K. Lee // *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. – 2017. – Vol. 23 (1). – P. 110-119.

158. **Walker, S. H.** What is the evidence that can inform the implementation of a preceptorship scheme for general practice nurses, and what is the evidence for the benefits of such a scheme?: A literature review and synthesis [Text] / S. H. Walker, K. Norris // *Nurse Educ Today*. – 2020. – Vol. 86. – P. 104327.

159. **Ward, A. E.** Formalising the precepting process: a concept analysis of preceptorship [Text] / A. E. Ward, S. A. Mc Comb // *J Clin Nurs*. – 2018. – Vol. 27 (5–6). – P. e873–881.

160. What does nurse turnover rate mean and what is the rate? [Text] / C. T. Kovner, C. S. Brewer, F. Fatehi, J. Jun // *Policy, Policy, Politics, and Nursing Practice*. – 2014. – Vol. 15, № 3-4. – P. 64-71.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА

Уважаемый коллега! Мы просим Вас ответить на вопросы нашей анкеты. Любое Ваше мнение крайне важно для нас. Мы гарантируем Вам полную анонимность, все результаты будут использованы в обобщенном виде. Заранее благодарим за участие!

1. Ваш пол? (нужное подчеркнуть) Мужской Женский
2. Возраст? _____
3. В каком медицинском учреждении Вы работаете? _____
4. Общий стаж деятельности?

5. Сколько лет Вы работаете в данном медицинском учреждении?

6. Имеете ли Вы квалификационную категорию?

7. Укажите, пожалуйста, что вас больше всего устраивает в Вашей работе?

- Возможность реализации себя
- Заработная плата
- Другое _____

8. Укажите, пожалуйста, что Вас больше всего не устраивает в Вашей работе?

- Большой объем работы
- Заработная плата
- Отношение пациентов
- Другое _____

9. Представьте себе, пожалуйста, ситуацию, что у вас есть возможность перейти на работу в другое медицинское учреждение. Перешли бы Вы?

- Да, перешел бы
- Нет, не перешел бы
- Затрудняюсь ответить

10. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале, насколько Вы удовлетворены состоянием Вашего учреждения _____

11. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале, насколько Вы удовлетворены обеспеченностью Вашего учреждения современным медицинским оборудованием _____

12. Отметьте, с каким из нижеследующих суждений Вы больше всего согласны?

- Мой коллектив - моя семья
- Большинство моих коллег мне симпатичны
- В нашем коллективе есть разные люди как симпатичные мне, так и малопрятные

- Большинство моих коллег люди малопрятные
- Я испытываю абсолютную антипатию к своим коллегам

13. За последний год у Вас в учреждении случались конфликтные ситуации?

- Да => переходите к следующему вопросу 2. Нет => переходите к вопросу 15
- Постоянно
- Иногда
- Крайне редко

14. Назовите, пожалуйста, наиболее типичную причину возникновения конфликтных ситуаций в Вашем учреждении?

- Стиль руководства главного врача и администрации
- Распределение функциональных обязанностей
- Распределение и размер заработной платы
- Условия работы
- Направления на дополнительное обучение и переквалификацию
- Низкий профессионализм отдельных врачей
- Конфликтная личность в коллективе
- Другое _____

15. На Ваш взгляд, главный врач Вашей организации здравоохранения уделяет достаточное внимание Вашей работе и работе Вашего отделения?

- Да, достаточное
- Скорее достаточное
- И да, и нет
- Скорее недостаточное
- Не достаточное
- Затрудняюсь ответить

16. Если были конфликты, то какие были основные причины этих конфликтов?

- Оплата труда медицинских работников

- Качество медицинского обслуживания пациентов
- Отчетная документация
- Вопросы организации работы, управления медучреждением
- Затрудняюсь ответить
- Другое _____

17. В практике каждого медицинского работника, вероятно, бывают конфликтные ситуации с пациентами. Случались ли Вам сталкиваться с подобной ситуацией?

- Да => переходите к следующему вопросу
- Нет => переходите к вопросу 19

18. По каким причинам чаще всего возникали конфликты с пациентами у Вас и у Ваших коллег? (количество ответов не ограничено)

- Из-за низкого, по мнению пациента, качества работы
 - Из-за отсутствия в лечебном учреждении необходимого диагностического или лечебного оборудования
 - Из-за неудобного для пациента режима работы медицинского учреждения
 - Из-за плохих санитарно-гигиенических условий
 - Из-за невнимательного, по мнению пациента, отношения к нему
 - Из-за предложения дополнительно оплатить некоторые медицинские услуги, которые пациент рассчитывал получить бесплатно
 - Из-за личных качеств самого пациента (грубость, хамство и т.д.)
 - Разглашения (возможно непреднамеренно) конфиденциальной информации о состоянии здоровья пациента
 - Другое
-

19. Как Вы считаете, кто должен защищать права пациента?

- Министерство здравоохранения
- Администрация медицинского учреждения
- ФОМС

- Никто, кроме самого пациента
- Затрудняюсь ответить
- Другое _____

20. Знаете ли Вы свои права?

- Да
- Нет
- Мне это безразлично

21. Как Вы считаете, кто сегодня оказывается более защищенным в своих правах, медицинский работник или пациент?

- Медицинский работник
- Пациент
- Затрудняюсь ответить

22. С Вашей точки зрения, как изменились отношения между медицинскими работниками и пациентами в связи с пандемией COVID-19?

- Пациенты стали более требовательными к качеству оказываемых услуг
- Отношения с пациентами не изменились, но повысилась ответственность врача за своевременность, полноту и качество оказания медицинской помощи.
- Пациенты стали более уважительно относиться к медицинским работникам
- Ничего, в сущности, не изменилось
- Затрудняюсь ответить
- Другое _____

23. Оказала ли ситуация с пандемией COVID-19 на Ваше отношение к своей профессии?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

24. Что бы вы предложили для повышения качества оказания медицинской помощи

- Повышение заработной платы
- Улучшение материально-технической оснащённости медицинского учреждения
- Прохождение курсов повышения квалификации
- Другое _____

Приложение 2

АНКЕТА

по удовлетворённости медицинской помощью специалистами сестринского процесса

Уважаемый коллега! Мы просим Вас ответить на вопросы нашей анкеты. Любое Ваше мнение крайне важно для нас. Мы гарантируем Вам полную анонимность, все результаты будут использованы в обобщённом виде. Заранее благодарим за участие!

1. Ваш пол? (нужное подчеркнуть) Мужской Женский

2. Укажите в какой организации здравоохранения Вы получаете медицинскую помощь?

- ЦСМ

- стационар

3. Укажите пожалуйста, что конкретно Вас не устраивает качеством оказания медицинской помощи?

- не квалифицированные действия медицинского персонала

- не все назначения врача выполняются

- качество материальной базы

4. Укажите пожалуйста, обеспечена ли организация здравоохранения оборудованием и аппаратурой? да, нет _____

5. Оцените действия медицинских работников по проведению профилактической работы

- работа ведётся хорошо

- работа проводится не качественно

6. Отметьте пожалуйста медицинские работники всегда ли взаимодействуют с Вашими родственниками?

- всегда

- редко

- не взаимодействуют.

Приложение 3

АНКЕТА

по изучению причины конфликтных ситуаций с пациентами

Уважаемый коллега! Мы просим Вас ответить на вопросы нашей анкеты. Любое Ваше мнение крайне важно для нас. Мы гарантируем Вам полную анонимность, все результаты будут использованы в обобщённом виде. Заранее благодарим за участие!

1. **Ваш пол?** (нужное подчеркнуть) Мужской Женский

2. **Возраст?** _____

3. В каком медицинском учреждении Вы работаете?

4. Общий стаж деятельности?

5. Сколько лет Вы работаете в данном медицинском учреждении?

6. Назовите, что больше всего влияет на конфликт с пациентами?
- низкое качество работы
 - не удобный режим работы
 - плохие санитарно-гигиенические условия в организации здравоохранения
7. Укажите пожалуйста, в Вашей организации здравоохранения влияет ли на конфликтную ситуацию наличие материально-технического оборудования? да, нет _____
8. Отметьте, случались ли конфликтные ситуации с пациентами по дополнительной оплате медицинских услуг? да, нет _____
9. Отметьте пожалуйста, влияют ли личные качества пациента на возникновение конфликта? да, нет _____
10. Другое да, нет _____

Приложение 4

АНКЕТА

по изучению роли средних медицинских работников в научно-исследовательской деятельности

Уважаемый коллега! Мы просим Вас ответить на вопросы нашей анкеты. Любое Ваше мнение крайне важно для нас. Мы гарантируем Вам полную анонимность, все результаты будут использованы в обобщённом виде. Заранее благодарим за участие!

1. Ваш пол? (нужное подчеркнуть) Мужской Женский
2. Возраст? _____
3. В каком медицинском учреждении Вы работаете?

4. Общий стаж деятельности?

5. Сколько лет Вы работаете в данном медицинском учреждении? _____

6. Считаете ли Вы, что научно-исследовательская работа играет важное значение при развитии навыков? да, нет _____

7. Хотели бы Вы проходить чаще повышение квалификации?

- да
- нет

8. Отметьте пожалуйста хотели ли Вы дополнительно обучаться по навыкам научно-исследовательской работы?

- да
- нет

9. Имеете ли Вы возможность доступа к образовательным программам

- да
- нет

10. Какие знания научно-исследовательской работы Вы имеете?

- написание статьи
- участие в научной конференции
- проведение социологического опроса

11. Достаточно ли Вам времени участию в НИР?

- да
- нет

12. Укажите, имеются ли у Вас финансовые возможности по реализации научно-исследовательской работы?

- да
- нет

13. Укажите, имеется ли у Вас доступ к научной литературе?

- да
- нет

14. Поддерживает ли руководство Вашу деятельность по научно-исследовательской работе?

- да
- нет

15. Укажите какую мотивацию к научно-исследовательской работе даёт организация здравоохранения в которой Вы работаете?

- повышение заработной платы
- премия

Приложение 5

Показатель соотношения (координации) врачей и СМР ПМСП по регионам КР на 10 тыс. (2015-2021 гг.)

№ пп	Регион	Годы																				
		2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021		
		врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК
1	КР	7461,8	12964,8	1,6	7499,0	13033,0	1,7	7469,25	12986,0	1,7	7409,00	12933,75	1,7	7756,0	13065,0	1,7	7751,5	13388,0	1,7	5714,25	9463,0	1,7
2	БО	461,5	971,8	2,1	446,0	974,5	2,1	456,3	977,75	2,1	439,25	971,50	2,2	470,25	984,0	2,1	475,5	989,0	2,0	276,25	675,5	2,4
3	ДО	1073,8	1948,8	1,8	1070,5	1944,3	1,8	1100,75	1980,75	1,8	1104,25	2084,5	1,8	1124,75	2273,0	2,0	1122,0	2369,0	2,1	618,25	1514,50	2,4
4	ИО	458,5	692,0	1,5	468,25	710,25	1,5	468,75	700,0	1,5	491,00	629,5	1,3	483,25	649,7	1,3	489,5	691,75	1,4	351,5	483,25	1,3
5	НО	335,5	675,0	2,8	340,3	685,0	2,0	335,5	691,5	2,0	343,3	690,75	2,0	339,0	677,5	2,0	331,25	675,50	2,0	224,0	503,0	2,2
6	ОО	1098,0	2636,8	2,4	1188,5	2735,5	2,3	1143,75	2746,75	2,4	1106,25	2855,0	2,5	1178,25	2575,0	2,1	1236,75	2661,75	2,1	660,75	1317,75	2,0
7	ТО	338,8	724,3	2,1	337,75	735,5	2,1	336,75	730,5	2,1	340,25	719,25	2,1	353,75	670,50	2,0	351,25	673,75	1,9	193,5	389,25	2,0
8		957,8	1668,5	1,7	916,5	1645,5	1,8	946,3	1695,0	1,8	949,0	1717,8	1,8	1060,0	1876,25	1,8	1066,25	2036,75	1,9	671,25	1285,25	1,9
9	ГБ	1993,3	2664,8	1,3	1992,75	2637,25	1,3	1998,25	1998,25	1,0	2000,50	2516,0	1,2	2072,75	2537,75	1,2	1999,5	2490,50	1,2	2013,0	2490,5	1,2
10	ГО	513,8	757,8	1,4	526,5	755,25	1,4	543,8	543,75	1,0	476,0	651,0	1,3	503,25	711,75	1,4	508,5	705,75	1,4	510,75	664,25	1,3

Примечание: КР – Кыргызская Республика, БО – Баткенская область, ДО – Джалал-Абадская область, ИО - Иссык-Кульская область, НО - Нарынская область, ОБ - Ошская область, ТО - Таласская область, ЧО - Чуйская область, ГБ – город Бишкек, ГО – город Ош, ПК – показатель координации.

Приложение 6

Таблица 3.2.7 – Показатель соотношения (координации) врачей и средних медицинских работников стационара по регионам КР на 10 тыс. (2015-2021 гг.)

№ пп	Регион	Годы																				
		2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021		
		врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК	врачи	СМР	ПК
1	КР	7019,00	16560,25	2,3	7070,5	16600,0	2,3	7140,5	16754,8	2,3	7252,0	16732,8	2,3	7380,00	16952,25	2,3	7402,50	16960,75	2,3	11693,25	26649,75	2,2
2	БО	412,50	1097,75	2,6	418,25	1105,0	2,6	420,3	1098,5	2,6	422,5	1097,25	2,6	421,00	1088,50	2,6	422,75	1100,25	2,6	833,25	1981,25	2,3
3	ДО	961,75	2536,75	2,6	969,25	2548,5	2,6	985,0	2564,3	2,6	1002,75	2562,25	2,5	1023,25	2634,00	2,5	1018,75	2637,50	2,6	1944,0	4976,25	2,6
4	ИО	434,75	1043,75	2,4	430,5	1027,75	2,3	443,5	1045,75	2,3	446,3	1109,0	2,5	454,00	1119,5	2,4	460,50	1106,00	2,4	821,0	1781,25	2,1
5	НО	237,75	620,75	2,6	242,25	623,3	2,5	249,5	635,0	2,5	258,75	637,75	2,4	253,00	641,50	2,5	258,00	644,50	2,5	462,50	1058,0	2,2
6	ОО	1267,0	3134,75	2,4	1287,75	3220,5	2,5	1288,25	3198,8	2,4	1353,5	3178,75	2,3	1344,50	3197,00	2,3	1343,25	3184,25	2,3	2573,75	6248,5	2,4
7	ТО	214,75	549,75	2,5	215,5	555,0	2,5	213,0	558,8	2,6	208,75	548,5	2,6	211,50	547,00	2,5	212,00	543,50	2,5	466,75	1014,5	2,1
8	ЧО	638,75	1462,25	2,3	648,0	1466,0	2,2	641,0	1445,8	2,2	638,25	1433,0	2,2	656,00	1464,00	2,2	648,50	1422,50	2,2	1536,75	3260,25	2,1
9	ГБ	783,25	1657,25	2,1	779,75	1629,75	2,0	786,0	1634,50	2,0	800,5	1647,5	2,0	826,00	1674,25	2,0	826,00	1673,25	2,0	823,75	1662,0	2,0
10	ГО	274,75	613,50	2,2	277,5	624,3	2,2	282,5	627,8	2,2	296,3	636,25	2,2	319,00	688,50	2,1	305,75	664,25	2,1	309,75	674,0	2,1

Примечание: КР – Кыргызская Республика, БО – Баткенская область, ДО – Джалал-Абадская область, ИО - Иссык-Кульская область, НО - Нарынская область, ОБ - Ошская область, ТО - Таласская область, ЧО - Чуйская область, ГБ – город Бишкек, ГО – город Ош, ПК – показатель координации.

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель

Объединения юридических лиц
«Ассоциация специалистов сестринского
дела Кыргызской Республики»

Асанова А. К.
«29» мая 2023 г.



**Акт внедрения результатов научно-исследовательских,
научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической
деятельности**

1. **Автор (соавторы) внедрения:** Аманбеков Акылбек Аманбекович.
2. **Наименование научно-исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности:** Деятельность специалистов сестринского дела в практическом здравоохранении.
3. **Краткая аннотация:** В реформировании сестринского дела важнейшими направлениями определены организация и внедрение в практическую деятельность новейших организационных технологий сестринской деятельности, улучшение сестринского образования, разработка и совершенствование нормативной базы, внедрение научных исследований и расширение компетенций средних медработников. Менеджмент сестринского дела в рамках своей профессиональной деятельности должен быть направлен на оценку потенциальных возможностей развития сестринской службы, улучшение качества деятельности сестринского персонала, усилению роли средних медицинских работников в оказании медицинской помощи пациентам, созданию условий перспективного развития сестринской службы.
4. **Эффект от внедрения:** овладение профессиональными компетенциями, формирование менеджмента сестринского дела, усиление мотивации медицинской сестры, повышение роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи пациентам, принятие решений в рамках своих полномочий и профессиональной ответственности, организация и управление собственной деятельностью, лидерство, поддержка эффективной коммуникации и командной работы, совершенствование сестринского дела и повышение квалификации медицинских сестер в соответствии с современными требованиями с учетом компетентностного, практико-ориентированного подходов.
5. **Место и время внедрения:** Ассоциация специалистов сестринского дела Кыргызской Республики, с 2023 года и по настоящее время.
6. **Форма внедрения:** Практические рекомендации, использованные в Профессиональном стандарте «Сестринское дело», утвержденном Приказом Министерства здравоохранения № 42 от 27 января 2020 г.

Представитель организации, в которую внедрена разработка:

Специалист Объединения юридических лиц
«Ассоциация специалистов сестринского дела
Кыргызской Республики»



А. Б. Алмамбетова

Представитель организации, из которой исходит внедрение:

Декан медицинского факультета
Кыргызско-Российского Славянского университета
им. Б. Н. Ельцина, к.б.н., доцент

Р. Р. Караева

29.05.2023г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач
Клинической больницы скорой
медицинской помощи

А.А. Кубатбеков
2024 г.

**Акт внедрения результатов научно-исследовательских,
научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической
деятельности**

1. **Автор (соавторы) внедрения:** Касиев Накен Касиевич, Аманбеков Акылбек Аманбекович
2. **Наименование научно-исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности:** Профессиональный стандарт «Сестринское дело», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения от 27 января 2020 г. № 42.
3. **Краткая аннотация:** В реформировании сестринского дела важнейшими направлениями определены организация и внедрение в практическую деятельность новейших организационных технологий сестринской деятельности, улучшение сестринского образования, разработка и совершенствование нормативной базы, внедрение научных исследований и расширение компетенций средних медработников. Необходимо проводить подготовку специалистов среднего звена с учетом современных компетенций, с целью подготовки практико-ориентированных специалистов с навыками критического и аналитического мышления, способных эффективно использовать полученные знания в практической деятельности, расширение профессиональных навыков, делегирование ряда врачебных полномочий. Средние медицинские работники должны обладать современными знаниями и компетенциями для удовлетворения потребностей практического здравоохранения.
4. **Эффект от внедрения:** Использование средними медицинскими работниками знаний, компетенций и профессиональных установок в практическом здравоохранении, позволяющих повысить качество медицинской помощи.
5. **Место и время внедрения:** Клиническая больница скорой медицинской помощи, 2023 год.
6. **Форма внедрения:** Сквозные и ключевые/профессиональные компетенции, необходимые знания и умения в практическом здравоохранении.

Представитель организации, в которую внедрена разработка:

Главная медицинская сестра клинической
больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек



К. Кошчалиева

Представитель организации, из которой исходит внедрение:

Декан медицинского факультета
Кыргызско-Российского Славянского университета
им. Б. Н. Ельцина, к.б.н., доцент

Р. Р. Караева

12.02.2024г.