

УДК 614.25:371.3

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Петрова Н.Г., Погосян С.Г.*ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. И.П.Павлова Министерства здравоохранения», Санкт-Петербург, e-mail: petrova-nataliya@bk.ru*

Проведен обзор литературы по проблемам, связанным с улучшением обеспеченности отрасли здравоохранения высококвалифицированными кадрами среднего медицинского персонала. В числе отдельных аспектов данной проблемы выделена необходимость целенаправленной работы по сохранению и укреплению здоровья медицинских работников (начиная с периода их обучения в средних специальных учебных заведениях). Кроме того, подчеркнута важность совершенствования подготовки кадрового состава среднего звена с более широким использованием компетентного подхода, форм активного и интерактивного обучения, совершенствования адаптации молодых специалистов (в т.ч. такой ее формы, как наставничество). Сформулирована необходимость системного подхода к решению поставленной задачи.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, здоровье, профессиональная подготовка

HEALTH' STATUS AND PROBLEMS OF NURSING TRAINING

Petrova N.G., Pogosyan S.G.*Saint-Petersburg State Medical University by I.P. Pavlov, Saint-Peterburg, e-mail: petrova-nataliya @bk.ru*

It is attended a review of the literature on the problems associated with the improvement of security of the health care industry with highly qualified staff nurses. Among the specific aspects of this problem the need for purposeful work on preservation and strengthening of doctors' and nurses' health (since the period of their training in special secondary schools) is highlighted. It's stressed the importance of improving the training of the nursing staff with increasing using of competency approach, forms of active and interactive learning, improving adaptation of young specialists (including such forms as mentoring). It's formulated the need for a systematic approach to the task decision.

Keywords: nursing, health, training

Программными документами, определяющими перспективы развития отечественного здравоохранения (Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [39], Государственная программа развития здравоохранения РФ [14] в качестве одной из первоочередных задач определено решение кадровых вопросов, включая:

- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- повышение качества профессиональной подготовки (в т.ч. внедрение системы непрерывного профессионального образования, подготовка специалистов, ориентированных на постоянное совершенствование собственных знаний, умений, навыков, необходимых для обеспечения высокого качества профессиональной деятельности);
- создание системы мотивации;
- формирование профессиональных стандартов (обеспечивающих согласованные требования к качеству труда);
- доведение к 2020 г. соотношения врачей и среднего медицинского персонала до показателя 1:3.

Решение этих задач невозможно без системных мер в области повышения обе-

спеченности отрасли высококвалифицированными кадрами среднего медицинского персонала [46]. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что результативность оказанной пациенту медицинской помощи во многом определяется качеством работы среднего медицинского персонала, который выполняет как многочисленные лечебно-профилактические и диагностические функции (а не только функции ухода), так и играет большую роль в организации самого процесса оказания помощи [3]. Высшая цель сестринского дела состоит в том, чтобы удовлетворить жизненные потребности пациента для достижения его выздоровления, улучшения состояния здоровья и обретения им самостоятельности [47].

В свете государственной Программы развития сестринского дела в РФ [34], основными направлениями работы сестринского персонала являются:

- первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профилактику;
- лечебно-диагностическая помощь, в т.ч. обеспечение интенсивного стационарного лечения и ухода;
- реабилитационная и медико-социальная помощь хроническим больным, старикам, инвалидам;

– медико-социальная помощь инкурабельным и умирающим больным.

Миссия сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне. Медицинская сестра должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера, способного самостоятельно работать с персоналом и населением, способствуя укреплению здоровья общества [51]. Все это требует глубоких знаний, компетентности, навыков не только в области сестринского дела, но и в вопросах организации, психологии, педагогики [18, 44].

Таким образом, реализация представленных многочисленных задач вызывает необходимость системного подхода в области организации сестринского дела, который должен включать: наличие возможности у среднего медицинского персонала к выполнению своих функций (должное состояние физического и психического здоровья, высокий уровень мотивированности), объективных предпосылок для ее реализации (условия труда, включая наличие необходимого количества кадров, технического обеспечения, в т.ч. эргономичной среды, реализации четкой кадровой политики в медицинской организации и пр.), высокий профессионализм (достигаемый должным уровнем подготовки и последующего обучения). К сожалению, до настоящего времени отсутствуют исследования, в которых все перечисленные проблемы анализировались бы в комплексе. В то же время опубликовано достаточное количество работ, посвященных отдельным аспектам, влияющим на эффективность и качество работы среднего медицинского персонала.

Как отмечалось выше, возможности к выполнению любой функции у человека во многом определяются состоянием его здоровья. Поэтому задача анализа здоровья средних медицинских работников, влияющих на него факторов, создания условий для его сохранения в процессе трудовой деятельности являются одними из ключевых. Об актуальности данной проблемы свидетельствует значительное число исследований. Например, по данным Д.В. Вошева и соавт. [12] уже среди студентов средних профессиональных медицинских образовательных учреждений распространенность хронической патологии составляет 412,6 на 1000 учащихся. Наиболее частыми заболеваниями являются болезни костно-мышечной системы, глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, орга-

нов пищеварения. У 2/5 студентов имеются нарушения в состоянии психического здоровья. Это диктует настоятельную необходимость создания здоровьесберегающей среды для студентов, включая оптимизацию расписания, адекватную материально-техническую базу, формирование новой образовательной культуры [19, 37].

С учетом изложенного понятно, что и среди работающих сотрудников среднего звена стоит ожидать довольно негативной картины состояния их здоровья. Анализ заболеваемости средних медицинских работников в Нижегородской области по данным дополнительной диспансеризации [21] показал, что распространенность хронических заболеваний составила 219,3 на 100 обследованных, причем более чем у половины имелось 2-4 нозологические формы. Лишь 12,3% осмотренных были отнесены к I группе здоровья; 16,4% – ко II-й, 67,5% – к III (доля отнесенных к IV-V группе составила соответственно 3,6% и 0,2%). В структуре хронической патологии на первом месте оказались болезни органов дыхания (16%; 35,2 на 100 осмотренных); на II-м – системы кровообращения (15,0%; 32,8% на 100 осмотренных); на III-м – костно-мышечной системы (14,0%; 30,6% на 100 осмотренных). Далее следовали болезни глаза и его придаточного аппарата (30,2); мочеполовой системы (18,2). В ходе проведенного авторами анкетирования было установлено, что лишь 3,3% медицинских сестер занимаются физкультурой и спортом; утреннюю зарядку делают 1,5%. 9,3% медсестер курят постоянно. 68,5% средних медработников занимаются самолечением; 78% – в случае болезни предпочитают не оформлять листок нетрудоспособности.

Среди медицинских сестер 38% имеют проблемы, связанные с опорно-двигательным аппаратом; 34,6% – с патологией системы кровообращения; 33,6% – с заболеваниями органов пищеварения [26].

Важно подчеркнуть, что сведения о заболеваемости медицинского персонала носят фрагментарный и разноречивый характер. Это связано с тем, что регистрируемая заболеваемость этой профессиональной группы имеет большое число субклинических, стертых и бессимптомных форм инфекции, редких случаев манифестных форм различных заболеваний. Кроме того, медицинские работники реже других категорий населения обращаются за медицинской помощью. Многие из них в состоянии сами оказать себе помощь. Отсюда – неполные данные о заболеваемости. При проведении обязательных профилактических осмотров медицинских работников заболевания на

ранних стадиях практически не выявляются – здесь имеет место своеобразная форма профессиональной круговой поруки, когда коллега по работе доверяет самооценке пришедшего на комиссию и не проводит объективного обследования.

Тем не менее, по данным разных авторов, за последние 10 лет наметилась стойкая тенденция к росту профессиональной заболеваемости у медицинских работников, и особенно у среднего медицинского персонала]. Распространенность профессиональных заболеваний специалисты российского здравоохранения сегодня занимают 5-е место, опережая даже работников химической промышленности. При этом выявляемость профзаболеваний не превышает 10% от их реального числа.

Изучение факторов профессионального риска среди медицинских работников Свердловской области [25] показало, что наиболее неблагоприятными факторами являются: физические (84%), химические (61,3%), а также напряженность труда (46%). По данным санитарно-гигиенического обследования рабочих мест наибольшие отклонения от предельно допустимых уровней были выявлены по параметрам освещения. Четвертая часть (25,5%) всех рабочих мест не соответствовала нормативам по показателю неионизирующего излучения (что характерно для большинства палатных и процедурных медсестер, а также персонала лабораторных отделений). Акустические показатели (шум) превысили ПДУ в 22,8% замеров. Требования по травмобезопасности не были соблюдены в полном объеме на 29,7% рабочих мест. Химические вещества присутствовали в воздухе рабочей зоны 61,3% рабочих мест, хотя концентрация их не превышала ПДК. Наиболее неблагоприятными были условия труда у работников лабораторной службы. Обследование рабочих мест медицинских сестер по микроклимату показало, что 56,9% из них не соответствует оптимальным величинам, установленным СанПиНом. Объективные данные коррелировали и с результатами социологического опроса персонала. На отсутствие специального оборудования помещений для личной гигиены и возможности принятия душа после работы указали 87,3% респондентов. Считали неудовлетворительным материально-техническое обеспечение условий труда 62,8% проанкетированных. А анкетирование сотрудников, подавших заявления об увольнении, показало, что главными причинами увольнения (66,3%) были неудовлетворительные условия труда, психоэмоциональное и физическое перенапряжение, непонимание и безразличие администрации.

Негативное влияние на состояние здоровья оказывают не только условия труда, но и организация трудового процесса. В этой связи следует указать на низкий процент использования в учреждениях здравоохранения малой механизации наиболее трудоемких работ при уходе за пациентами. Все еще недостаточно в учреждениях здравоохранения уделяется внимание санитарно-бытовому обслуживанию самих медицинских работников. Перечисленные данные доказывают актуальность аттестации рабочих мест медработников [23]. К сожалению, в настоящее время специалисты, занимающиеся аттестацией, недостаточно подготовлены в вопросах гигиенической оценки сложных видов медицинской техники. Один и тот же аппарат, работая в разных режимах, может оказывать самое разное воздействие, что в сжатые сроки аттестации рабочих мест оценить затруднительно. Зачастую используются средства измерений, не соответствующие оцениваемым факторам: не проводится оценка сложных для измерения факторов (лазерного, инфракрасного, ультразвукового излучения).

Создание благоприятной для здоровья, безопасной и привлекательной рабочей среды является важным условием и привлечения персонала в то или иное учреждение, для обеспечения условий его эффективной работы [35]. Одним из направлений реализации этой задачи является внедрение технологии Health management (управления здоровьем), включающей исследование факторов риска (влияния производственных процессов на здоровье) и по его результатам – составление плана профилактических мероприятий (медицинские осмотры, вакцинация, здоровое питание, эргономика, «экология офиса») [38]. Ее использование в 100 крупнейших американских компаниях в течение 7 лет позволило снизить среднюю продолжительность нетрудоспособности с 7,8 до 3,5 дн. Международный опыт свидетельствует, что правильно организованное управление здоровьем сотрудников позволяет снизить заболеваемость на 40-50%, число дней нетрудоспособности на 20% [13].

Одним из важнейших, с одной стороны, факторов, а с другой, критериев здоровья является психологический статус. И с этой точки зрения медицинский персонал (вообще и средний в частности) является одной из наиболее неблагополучных профессиональных групп [36]. Опрос, проведенный среди медицинских сестер многопрофильной больницы Санкт-Петербурга [36] показал, что 64,1% опрошенных испытывают высокое психоэмоциональное напряжение

во время работы. 31,9% респондентов отметили большую физическую нагрузку. Не отдыхают во время дежурства 33,7% медицинских сестер (преимущественно персонал приемных отделений).

Причин, приводящих к высокому психоэмоциональному напряжению медицинских работников, несколько. По данным Н.С. Джураевой [16], среди среднего медицинского персонала не удовлетворены и очень не удовлетворены своей специальностью были 12,9%. 90% отмечают наличие стрессов на работе, причинами которых являются: постоянная ответственность за жизнь людей (45,5%), несоблюдение пациентами предписаний (39,5%), необходимость срочно принимать ответственные решения (25,1%). Неадекватную заработную плату отметили 77,4% респондентов; чрезмерное оформление документации, отчетных документов подчеркнули 33,4%; недостаточную оснащенность оборудованием – 26,5%. Кроме того, сознательно или неосознанно медперсонал постоянно или периодически задумывается о наличии вредных производственных факторов. Опрошенные считали, что на их рабочем месте имеются: риск для жизни (33,6%); контакт с биохимическими агентами (29,9%); зрительное напряжение (25,8%); нерациональный режим труда (24,2%).

Выше уже отмечалась роль такого психологического фактора, как отсутствие в ряде случаев должных (партнерских) отношений с врачами, что не позволяет в полной мере реализовать себя в профессии. Недостаточное внимание со стороны руководства способствует профессиональной дезадаптации и «выгоранию» медработников. Труд среднего медперсонала является малооплачиваемым, что вынуждает к работе более чем на ставку (с естественной при этом перегрузкой), уходу из профессии (что для части сотрудников является достаточно сильным стрессом), формированию ощущения низкого социального статуса, низкой самооценки, что тоже не способствует сохранению психического здоровья [33].

Нельзя не отметить и следующее обстоятельство. Ежедневно сталкиваясь со страданиями больных, горем родственников, смертью медицинская сестра также подвергается хроническому стрессу. Важно отметить также то, что средний медперсонал вынужден работать в ночную смену или сутками, что может приводить к проблемам в семейных отношениях. Все перечисленные факторы и обстоятельства могут вести к развитию синдрома эмоционального выгорания среднего медперсонала [20]. В стажевой группе 5-15 лет эмоциональное истощение имеет место у 60% работников;

неадекватное эмоциональное реагирование – у 53%, редукция профессиональных ценностей – у 76%. По мнению ряда авторов [31, 38], распространенность его высока среди сотрудников скорой медицинской помощи, учреждений психиатрического профиля, хирургических стационаров, реанимационных отделений.

Поэтому необходима целенаправленная работа по профилактике СЭВ, включая:

- повышение компетентности в области здоровья, укрепление резервных возможностей, выработку навыков здорового поведения;

- профилактику дисфункций, редукцию источников стресса.

Профилактическое значение имеет и [24] психологическое сопровождение сотрудников, включающее наставничество, систему повышения квалификации, планирования карьерного роста, групповые тренинги, направленные на самореализацию и раскрытие творческого потенциала каждого сотрудника.

Профессионализм медицинских работников и (отчасти) более низкая вероятность развития нарушений физического и психического здоровья зависят (среди прочего) от уровня их квалификации, определяемого во многом полученным образованием. Поэтому вопросы совершенствования подготовки средних медицинских работников также являются достаточно актуальными.

К сожалению, в настоящее время уровень профессиональной подготовки на этапе получения базового образования не устраивает в полной мере ни выпускников, ни работодателей, ни государство. Так, опрос медицинских сестер [4] показал, что 16% из них испытывают недостаток профессиональных знаний. Удовлетворены были своей подготовкой в учебных заведениях только 36,4% опрошенных медицинских сестер [42]. В начале своей профессиональной деятельности 61,4% респондентов испытывали профессиональные трудности; 32,4% не умели работать с аппаратурой; 41,2% чувствовали недостаток практических навыков.

Изучение, проведенное среди студентов медицинских колледжей Тверской области [13], показало, что значительную часть из них составляют лица с невысоким уровнем академической успеваемости, низкой самооценкой, слабой мотивацией к последующей работе по специальности. Интерес к работе находится лишь на шестом месте среди их ценностных ориентаций.

Мотивация выбора обучения профессии среднего медицинского работника – это преимущественно рекомендации родителей

и знакомых или ступень к получению высшего медицинского образования [42]. Большинство студентов не рассматривает будущую профессию как престижную, имеет завышенные требования к оплате труда. Да и у преподавателей отсутствует должная мотивация к высокоэффективному труду, к научной работе, внедрению инновационных методов обучения. Слабо развито взаимодействие с медицинскими учреждениями.

Все перечисленное требует внесения достаточно кардинальных изменений в подготовке среднего медицинского персонала на всех уровнях. При этом следует помнить, что основная задача образования как социальной системы не только в том, чтобы передать традиции и знания, но и в совершенствовании способности создать уникальные системы, принимать независимые решения, найти свое призвание.

Решению этих задач будет способствовать создание в образовательных учреждениях такой социальной среды, которая бы [45] была вариативной, инновационной, перспективной с точки зрения вовлеченности и участия, стабильной, ценностной, с корректным регулированием, гибкой, эффективно информированной, содержательно-профессионально адекватной. Необходимы разработка и внедрение стандартов контроля качества обучения [40], что позволит решить следующие задачи [9]:

- упорядочить оценку знаний студентов;
- повысить валидность и прозрачность оценки, установить партнерские отношения между преподавателями и студентами.

В учебном заведении должна быть разработана политика в области оценки студентов, а на каждой кафедре – стандарты контроля качества по текущей, промежуточной, итоговой государственной аттестации. Философия оценки должна быть следующей: непрерывность, системность, множественность, гибкость, самооценивание, оценка не только конкретных работ, но и личностных достижений. Особое внимание следует уделить оценке самостоятельной работы студента.

Важной задачей, стоящей перед учебными заведениями, является и создание специального психологического климата, который должен максимально сократить сроки социальной, психологической и культурной адаптации обучающихся [17]. Адекватный психологический климат должно также способствовать созданию атмосферы креативности и творчества студентов. Одним из условий формирования оптимального психологического климата является т.н. социальное партнерство. Необходим переход от доминирующей авторитарной системы

образования к системе «общение на равных», что требует существенного пересмотра и концепции, и, главным образом, психологических установок преподавателей и студентов.

Рассматривая проблемы профессиональной подготовки будущих медиков, нельзя не отметить и следующее. Здоровье студентов и удовлетворенность ими жизнью в значительной степени зависят от социально-гигиенических параметров быта и организации учебного процесса, включая режим учебного труда, условия обучения [2].

Изучение гигиенических условий обучения студентов медицинского колледжа [43] показало, что в ряде аудиторий в зимнее время температура воздуха в помещениях – ниже допустимого значения. Несвоевременно осуществляется замена ламп в люминесцентных светильниках. В расписании занятий отсутствует обеденный перерыв; не учитывается адекватное сочетание лекций и практических занятий, ранговая шкала трудности предметов. В общежитиях не соблюдаются нормы жилой площади на одного человека.

Касаясь собственно педагогического процесса, Важно подчеркнуть необходимость реализации компетентностного подхода в обучении [6]. Основным результатом деятельности образовательного учреждения должна стать не система профессиональных знаний сама по себе, а набор ключевых компетентностей в интеллектуальной, гражданско-правовой, коммуникационной, информационной и прочих сферах. Особое значение в подготовке будущих медиков имеет коммуникативная компетентность, под которой следует понимать системно-интегрирующий процесс, имеющий следующие составляющие [87]: коммуникативно-диагностическую (диагностика психологической ситуации, выявление возможных противоречий в процессе общения); коммуникативно-программирующую (программа общения, стиль, позиция, дистанция общения); коммуникативно-организационную (организация внимания партнеров по общению, стимулирование их коммуникативных навыков); коммуникативно-исполнительскую (прогноз развития коммуникативной ситуации, индивидуальная программа общения).

Присоединение России к Болонскому процессу, требования Закона «об образовании», введение новых образовательных стандартов, диктуют и необходимость проблемно-ориентированного обучения [28] и широкого внедрения активных форм обучения [22]: ролевые и деловые игры, тренинги, «мозговой штурм», дискуссия, работа

в мелких группах (в т.ч. выбор правильного ответа из нескольких вариантов); интервью, творческие задания, «древо знаний» («плоды» с заданиями разной сложности); «кейс-метод» (разбор случаев – как реальных, так и вымышленных). Интерактивное обучение – это особая форма организации обучения, основанная на межличностных взаимодействиях субъектов, направленная на обучение их само- и взаимоактивности в решении учебно-познавательных, коммуникативно-развивающих и социально-ориентационных задач. Актуальной в настоящее время задачей является и максимально широкое использование информационных ресурсов, в т.ч. в процессе дистанционного обучения [31, 48]. По мнению исследователей [1] такая сфера, как образование и обучение, еще не готова к широкомасштабному применению информационных технологий. К тому же, весьма актуален именно для медицинских специальностей вопрос о качестве информации, особенно содержащейся в интернет-ресурсах [15].

Продолжением обучения является процесс адаптации молодых специалистов (который в свое время был общераспространенным, затем позабытым во многих лечебных учреждениях и активно возобновляемым в настоящее время). Его задачами являются: снижение чувства тревожности, неуверенности, развитие позитивного отношения, реализма в ожиданиях. Процесс адаптации должен включать: ознакомление (эталон, стандарты, нормы поведения), приспособление (восприятие системы ценностей), ассимилирование (полное приспособление), идентификацию (отождествление личных целей с целями организации [11]. Важной организационной формой адаптации является наставничество. Наставничество – общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или людей, проходящих этап адаптации к новой работе. Оно предполагает передачу накопленного опыта и знаний персоналом организации на рабочем месте новым сотрудникам для развития у них профессиональных навыков и достижения ими необходимого уровня компетентности [27].

В настоящее время происходит реформирование системы последиplomного образования медицинских работников с реализацией концепции непрерывного образования как интегрированной образовательной системы, которая охватывает как базовую, так и последующую подготовку. Его цель – внести непрерывность в процесс личного развития специалиста. Последиplomное образование необходимо дополнить новыми

формами повышения квалификации. Оно должно стать переходом от конструкции «образование на всю жизнь» к конструкции «образование через всю жизнь» с использованием гибкой и многофункциональной системы последиplomного образования [32].

Говоря о проблеме подготовки кадров, следует отметить, что она должна рассматриваться шире и включать частичный пересмотр подготовки врачей, которые должны владеть рядом навыков среднего медицинского персонала и соответственно более четко представлять себе его функции и задачи. К сожалению, целый ряд исследований свидетельствует о недопонимании врачами и руководителями роли и функций среднего медицинского персонала [10, 50]. Традиционным для советской системы организации сестринского дела остается такой подход, когда оно рассматривалось как перечень конвейерных мероприятий, не требующих высокого профессионального мастерства [5]. Врач считается руководителем деятельности медсестры, зачастую не владея ни основными, ни тонкостями этой профессии. До настоящего времени современное (принятое во всех западных странах) понимание сестринского дела и сестринского ухода и их реализация в реальной практике не нашли сколь-нибудь широкого распространения [49], что, на наш взгляд, нарушает подготовку среднего медицинского персонала (отрыв теории от практики) и не способствует оптимальному его функционированию, а также является демотивирующим фактором.

Опросы среднего медперсонала показали, насколько актуальны для него перечисленные проблемы. На вопрос о том, приносит ли работа удовлетворение, 55,5% респондентов ответили утвердительно, 37,8% были не вполне удовлетворены работой; 2,6% затруднились ответить. Отрицательные ответы имели место в 4,6% случаев [30]. Одной из важнейших причин неудовлетворенности является отсутствие должного взаимопонимания между врачами и средним персоналом. Существующими отношениями с врачами были удовлетворены 76,3% опрошенных. По мнению медицинских сестер наиболее значимыми факторами, влияющими на взаимоотношения врачей и среднего медперсонала, являются: рабочая обстановка (73,7% опрошенных); опыт работы (35,5%); статус (22,3%) [33]. Медицинские сестры стремятся к большей независимости. 35,5% из них считают, что могут оспаривать решения врача; 9,3% полагают, что могут брать на себя реализацию планов лечения больных в стационаре; 51,3% – что могут вносить изменения в них.

Учитывая перечисленные обстоятельства, понятна необходимость постоянного мониторинга не только за показателями укомплектованности, но и за уровнем психологической совместимости, сплоченности персонала, наличием симптомов эмоционального выгорания сотрудников, а также их мотивационных предпочтений [8].

Таким образом, решение многообразных и сложных задач, стоящих перед средним медицинским персоналом с позиций современного системного подхода к организации сестринского дела требует изменения и нормативной базы, и менталитета (руководителей, врачей, средних медработников), и совершенствования системы подготовки персонала на всех уровнях, и создания оптимальных условий для сохранения и поддержания физического и психического здоровья. Его современный уровень нельзя признать высоким, а условия и организацию труда во многих ЛПУ – соответствующими требованиям здоровьесберегающей среды. Существует необходимость постоянной планомерной работы по формированию позитивных мотивационных установок среди медицинского персонала, которые бы способствовали его привлечению и закреплению на рабочем месте, а также высокоэффективному труду. Все перечисленные проблемы должны решаться в комплексе, вместе с тем до настоящего времени они анализировались разобщенно, и задача поиска путей системного подхода к их решению остается достаточно актуальной.

Список литературы

1. Антипов Н.В., Жилеев Р.А. Проблемы и перспективы развития информационных технологий в современном высшем медицинском образовании // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сборник научно-педагогических статей. Выпуск 21. – Донецк, 2010. – С. 72-77.
2. Аспаньянц А.М. Гигиеническая оценка условий обучения студентов в учреждениях среднего медицинского образования Краснодарского края // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 2. – С. 8-12.
3. Баранова О.Г. Роль сестринского персонала при внедрении инновационных методов лечения в урологической практике // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4/5. – С. 9-11.
4. Бардышева Ю.М., Страхов К.А., Макарова И.И., Березовская И.В. Качество сестринской помощи в санатории // Медицинская сестра. – 2014. – № 2. – С. 19-21.
5. Басихина Т.С., Коноплева Е.Л., Кулакова Т.С. Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела / Под общей редакцией к.м.н. А.Н. Шпири. – М.: ГОУ ВЦНМЦ, 2003. – 719 с.
6. Богдан Н.Н., Парфенова И.Ю. Организационная культура ВУЗа как фактор формирования общекультурных компетенций студентов // Современные исследования социальных проблем. – 2013. – № 6(26). [эл. доступ].
7. Большова Т.В. Основные направления развития системы кадрового потенциала в условиях модернизации регионального здравоохранения // Российский Медико-биологический вестник. – 2011. – № 1. – С. 49-53.
8. Булгакова И.С., Кравченко А.В. Анализ мотивационных предпочтений сестринского персонала // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4/5. – С. 12-13.
9. Васильева Е.Ю. Стандарты контроля качества обучения в медицинском Вузе: проблемы и пути решения // Социальные и гуманитарные аспекты стратегии инновационного развития медицинского университета: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2013. – С. 31-39.
10. Волков С.Р., Волкова М.И. Формирование толерантного взаимодействия медицинских сестер // Главная медицинская сестра. – 2014. – № 7 – С. 33-52.
11. Воропаева Л.А., Аверич А.В. Опыт работы по адаптации молодых сотрудников городской клинической больницы // Главная медицинская сестра. – 2014. – № 3. – С. 27-39.
12. Вошев Д.В., Дербенев Д.П., Эхте К.А., Балашова Л.А. Формирование профессионализма у студентов средних профессиональных медицинских образовательных учреждений // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 17: Сборник научных трудов / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб., 2013. – С. 364-369.
13. Всемирная организация здравоохранения: нормальные условия труда медика – залог качественной медицинской помощи. Аналитический обзор по материалам Европейского регионального бюро. 6 декабря 2012 г. // med-express.blogspot.ru/2012/12/whomedicalwork.html.
14. Государственная программа развития здравоохранения до 2020 года [www.garant.ru/news/539000/].
15. Гринцов А.Г., Хрисуляню А.А., Совпель О.В. Применение информационных технологий повышения мотивации студентов на практических занятиях // А.Г. Гринцов // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сборник научно-педагогических статей. Выпуск 21. – Донецк, 2010. – С. 118-121.
16. Джураева Н.С., Филиппченко И.А., Солихов Д.Н. Исследование психологических и профессиональных стрессов у медицинских работников в Таджикистане // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: Сборник научных трудов. – СПб., 2009. – С. 245-248.
17. Ермолаев Е.В., Дорфма С.В. Организационно-педагогическое сопровождение процесса адаптации студентов // Социальные и гуманитарные аспекты стратегии инновационного развития медицинского университета: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2013. – С. 45-50.
18. Закупнев К.В., Кудрина В.Г., Халысов И.Г. Контроль уровня профессиональных компетенций медицинских работников, состояние и пути инновационного развития / К.В. Закупнев, // Бюллетень НИИОЗ. – 2013. – Вып. 1. – С. 174-177.
19. Заметина Н.В. Методика формирования культуры здравоохранения будущих врачей: Учебно-методическое пособие // Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2010. – 52 с.
20. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Коровин С.А. Научное обоснование влияния социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения. – Новокузнецк, 2013. – 187 с.
21. Камаев И.А., Гурьянов М.С. Заболеваемость медицинских работников по данным дополнительной диспансеризации // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: Сборник научных трудов. – СПб., 2009. – С. 16-19.
22. Коротчаева Е.В. Интерактивное обучение и ИКТ: Из опыта внедрения в ВУЗе // Социальные и гуманитарные аспекты стратегии инновационного развития медицинского университета: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2013. – С. 84-90.
23. Кравченко О.И. Эффективность аттестации рабочих мест в учреждении здравоохранения // Материалы XI Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – М., 2012. – С. 254-258.

24. Кучер В.С., Водопьянова Н.Е. Психологическое сопровождение как комплексный подход к профилактике и коррекции профессионального выгорания медицинского персонала // Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – т. XXI, № 1. – С. 92-94.
25. Лебедева А.В., Рослая Н.А., Рослый О.Ф. Оценка факторов профессионального риска медицинских работников Свердловской области / А.В.Лебедева, Н // Профессия и здоровье: Материалы XI Всероссийского Конгресса. – М., 2012. – С. 290-292.
26. Лопакова И.М., Николаева А.Н. Соматические жалобы средних медицинских работников // Медицинская сестра. – 2013. – № 1. – С. 20-22.
27. Магурина Н.А., Полюкова М.В. Проблемы адаптации молодых специалистов в учреждениях здравоохранения // Актуальные вопросы здравоохранения и медицинского образования: Сборник материалов конференции, посвященной памяти проф. И.В. Полякова. – СПб., 2014. – С. 95-97.
28. Муратбекова С.К., Джараспаева Ж.А. Проблемно-ориентированное обучение // Медицинская сестра. – 2013. – № 4. – С. 30-32.
29. Носкова М.В. Роль интерактивных технологий в формировании коммуникативной компетенции будущих специалистов // Социальные и гуманитарные аспекты стратегии инновационного развития медицинского университета: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2013. – С. 133-135.
30. О милосердии в работе сестер / А.А. Огогонова, М.И. Прокопьева, Н.Л. Тирская, Е.И. Григорьева // Роль высшего сестринского образования в совершенствовании деятельности медицинских сестер: Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. – Якутск, 2013. – С. 107-110.
31. Петрова Е.В., Семенова Н.В., Алехин А.Н. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 12(114). – С. 194-199.
32. Петрова Н.Г. Актуальные проблемы подготовки среднего медицинского персонала // Актуальные вопросы здравоохранения и медицинского образования: Сборник материалов конференции, посвященной памяти проф. И.В. Полякова. – СПб., 2014. – С. 134-136.
33. Попов В.И., Натарева А.А., Лебедева Н.В. Формирование профессиональной дезадаптации у медицинских работников // Профессия и здоровье: Материалы XI Всероссийского Конгресса. – М., 2012. – С. 378-380.
34. Программа развития сестринского дела в России на 2010-2020 гг. / www.sisterflo.ru/nurse-docs/nursing-program.php.
35. Расторгуева Т.И. Современные тренды изучения вопросов обеспечения здоровья и условий труда медицинского персонала: международный аспект // Бюллетень НИИОЗ. – 2013. – Вып. 1. – С. 46-49.
36. Степанов Е.Г. Роль психосоциальных факторов в формировании здоровья работников производственной и непроизводственной сферы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 18 с.
37. Третьякова Н.В. Инновации в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений // Вестник Костромского ун-та. – 2013. – № 8.
38. Тюнина Ю.А. Изучение психотипов личностей медсестер кардиореанимации // Медицинская сестра. – 2013. – № 6. – С. 18-20.
39. Указ Президента РФ от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения [graph.document\[kremlin\].ru/page.aspx?1610846](http://graph.document[kremlin].ru/page.aspx?1610846).
40. Хорошева, Е.Р. Оценка качества на этапах образовательной деятельности / Е.Р. Хорошева, О.В. Тарасова // Вестник Костромского ун-та. – 2013. – № 5.
41. Черемисина Ж.Г. Оценка профессиональных компетенций сестринского персонала // Медицинская сестра. – 2013. – № 5. – С. 20-22.
42. Шляфер С.И., Зайрутдинова З.М. Социальное партнерство в системе среднего медицинского образования // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 17: Сборник научных трудов / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб., 2013. – С. 345-349.
43. Artemenkov A.A. Hygienic assesment of student learning // European Science and Technology: International Conference. – Munich, 2013. – p. 429-433.
44. Bauman S.L. Beyond cultural competence // Nursing science quaterly. – 2009. – vol. 22., № 1. – p. 83-84.
45. Bazhenova N.G. Sociocultural enviroment of higher education institution as potency for self-organization of scientists // European Science and Technology: International Conference. – Munich, 2013. – p. 620-622.
46. Butler L. International partnership in nursing: A summer institute for indignous health and well-being in a global context // Роль высшего сестринского образования в совершенствовании деятельности медицинских сестер // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. – Якутск, 2013. – С. 10-21.
47. Doran D.M., Pringle D. Patient outcomes as an accountability // In: Nursing Outcomes: The State of Science, 2nd edn (Doran D., Ed). 2011. – p. 1-27.
48. Giordano C. Giordano G. Health professions students use of social media, // J. Allied Hlth. – 2011. – № 40.
49. Guthrie B. Toward a gender-responsive restorative correctional healthcare model // JOGN. – 2013. – vol.40. – № 4. – p. 497-505.
50. Milton C.L. Transparency in nursing leadership // Nursing science quarterly. – 2009. – vol. 22., № 1. – p. 23-26.
51. Pickham D. Shinn J.A., Funk M., Drew B.J. Quasi-experimental study to improve nurses QT interval monitoring: results of QTIP study // Am. J. Critical Care. – 2012. – vol. 21, № 3. – p. 195-200.