

академии университетских традиций, принятие навыков приобретения новых знаний и инновационные методы форсайтских разработок, мозговых штурмов, командных решений, т.е. благодаря традициям университетского образования. Именно оно дает универсальные знания (эвристичные по содержанию и интернациональные по форме), не отграниченные национальными и государственными границами, интегрированные с фундаментальными научными исследованиями в лидирующих областях знаний, доступные и конкурентоспособные, в результате чего выпускники способны сформировать академическую элиту и служить источником просвещения.

В 1991 г. в России было положено начало высшему сестринскому образованию, и с каждым годом специализация сестринского дела с высшим образованием становится все больше. Вместе с увеличением числа сестер с высшим образованием растет и число проблем, связанных с интеграцией их в практическую деятельность. Несмотря на высокий уровень образования, в глазах общества профессия «медицинская сестра» по-прежнему не считается самостоятельной профессией (это приложение к доктору), престиж ее невысок. После освоения университетского курса эти специалисты остаются палатными или процедурными сестрами, их потенциал не реализуется на практике. Возможно, такому положению дел способствует противоречие между содержанием образования медицинских сестер, и реальной потребностью общества в образованных сестрах, способных эффективно выполнять свои профессиональные обязанности. В Республике Татарстан было проведено социологическое исследование, выявившее недостатки в знаниях специалистов с высшим сестринским образованием. Для того, чтобы полноценно выполнять функции организатора здравоохранения на уровне сестринской помощи населению выпускникам высшего сестринского образования Казанского ГМУ, по их же признанию, необходимы более глубокие знания по административно-управленческим дисциплинам, в том числе по организации здравоохранения, менеджменту, экономике, информатике, деонтологическому кодексу, а также по организации работы с населением, работе в области профессиональной медицины - то одна сторона проблемы, решение которой очевидно. С другой стороны, выпускникам высшего сестринского образования для успешного руководства необходима команда, в которую должны входить исполнители, понимающие и осознающие задачи, поставленные перед ними и умеющие думать, творчески разрабатывать, предлагать свои варианты решения этих задач. А для построения такого альянса необходима иная содержательная парадигма, которая начала реализовываться в медицинских вузах в последние годы: это содержательно-технологические, организационные, методические изменения образования.

С целью формирования специалистов высокого уровня в области сестринского дела в стране создана двухуровневая система подготовки сестринских кадров бакалавр-магистр. Медсестра-бакалавр, получившая высшее сестринское образование, может формировать первичный уровень управленческого звена сестринской службы, вести профилактическую работу с населением, работать в области профессиональной медицины - то есть выполнять ту работу, которая традиционно считается «сестринской». Медсестра-магистр готовится для управления высокотехнологичными департаментами, крупными больницами и научно-исследовательской и научно-педагогической деятельности.

Альянс медсестра-бакалавр и медсестра-магистр дает возможность понимания друг друга, умения работать в одной команде, распределять обязанности в рамках своей деятельности, а также умение работать медсестре-бакалавру самостоятельно, что очень важно на сегодняшний день. Такой подход делает наших специалистов востребованными не только отечественным здравоохранением, но и признанными за рубежом.

Сегодня мы стоим только в начале пути. Умение грамотно распорядиться богатствами зарубежным опытом и применить наработки отечественной медицинской школы для организации полноценной подготовки специалистов сестринского дела столь необходимых в практической медицине, помогут поднять престиж специальности, сформировать армию профессионалов, способных завершить задуманные реформы.

МОДЕЛЬ СОЗДАНИЯ НОВОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПРИ РАЗРЕШЕНИИ РЕСУРСНОГО КОНФЛИКТА

*Давлетшина Е.В.¹, Куленина О.В.²
¹ОГБОУ «Толский базовый медицинский колледж», г.Толск
²ГБОУ ВПО «СибГМУ Минздрава России», г.Томск*

Противоречия в природе, в обществе, борьба между людьми, между общественными группами, столкновение противоположных желаний и мотивов в человеческой душе - все это признается одновременно и негативной стороной социальных/организационных взаимоотношений и способом развития любой системы. Можно осуждать противоречия и избегать их, можно всякий раз «рожать» истину в спорах - и то и другое является формой разрешения противоречий заложенных в системе взаимоотношений. Возможно во всем многообразии трактования такого явления как конфликт, для руководителя наиболее выгодно и полезно рассматривать его как действенный и эффективный инструмент управления, который можно использовать по собственному выбору и по требованию ситуации.

Целью нашего исследования было выявление предпочтений жителей г. Набережные Челны (Республика Татарстан) относительно места получения амбулаторной медицинской помощи (государственная/муниципальная поликлиника или частный медицинский центр) и причин такого выбора. Для этого было проведено социологическое исследование методом сплошного опроса жителей одного типового многоквартирного дома, расположенного в районе города с развитой инфраструктурой. В исследовании приняли участие 98 человек в возрасте от 18 до 76 лет обоего пола. В целом, респонденты обращались за амбулаторной медицинской помощью 2,6 раза в год. В зависимости от принадлежности к той или иной возрастной группе пововы для обращения были различны.

Так, учащиеся (18 человек) имели достаток ниже среднего уровня, обращаясь за медицинской помощью не чаще 1 раза в год в государственные учреждения. Они аргументировали свой выбор необходимостью получения справки о состоянии здоровья (28%) и хорошим качеством обслуживания (24%). Их вполне устраивал порядок оказываемой им помощи и лишь 12% из них выразили желание получать амбулаторную медицинскую помощь в частных лечебных учреждениях.

Лица трудоспособного возраста имели другие предпочтения. Они обращались за медицинской помощью в среднем 1,6 раза в год (от 2 до 4) по поводу диагнозами заболеваний (38%), профилактики (7%) или для лечения (55%), в основном острых состояний. Несмотря на социальное положение (достатком выше среднего обладали 28%, средним -17%) все 100% предпочитали обращаться в частные клиники, аргументируя свой выбор удобным временем приема (34%) и лучшим качеством обслуживания (10%), отсутствием очередей (30%) и широким диапазоном диагностических возможностей (14%). При интервьюировании они сообщили, что больше всего ценят время, и большой проблемой для них является потеря его во время трудовой недели, поэтому главным критерием выбора лечебного учреждения для них были: возможность попасть на прием к врачу в удобное для них время (не обязательно вечернее), в строго в указанный срок, не терять время на ожидание, а иметь возможность поговорить с врачом, и главное - видеть, что медицинский работник не торопится, готов внимательно выслушать и дать рекомендации. Поскольку пациенты этой группы старались не брать бумажные листы, то вполне понятен такой выбор лечебного учреждения.

Пенсионеры (18 человек) имея достаток ниже среднего, обращались за медицинской помощью 4-8 раз в год, в поликлинику по месту жительства, аргументируя свой выбор возможностью реализации права на дополнительное лекарственное обеспечение (89%) и качественным обслуживанием (67%). Для них возможность выписки бесплатных лекарственных препаратов оказалась определяющей, кроме того, жалоб на оказание медицинской помощи они не высказывали, были довольны семейным доктором и специалистами, к которым их направляли на консультации и лечение.

Предложенная работа подтверждает факт, что учащиеся и пенсионеры предпочитают обращаться за медицинской помощью в государственные поликлиники по месту жительства, работающее население - в платные медицинские центры. Следует ожидать, что закон РФ "Об обязательном медицинском страховании" № 326-ФЗ, который допускает конкуренцию между государственными и частными ЛПУ (2011) и допуск последних в систему ОМС, изменит ситуацию на рынке медицинских услуг в пользу частных клиник.

РЕФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

*Гурьева М.Э., Хасанова Р.Н.
ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, г.Казань*

Сестринское дело, как и вся медицина, - это искусство и наука одновременно. Оно требует от профессионала владения специфическими навыками, знаниями и умениями их практического применения, базируется на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, социальные и медицинские законы, требует развитой интуиции, психологического подхода и особых природных дарований. Разнообразие функций медицинской сестры обуславливают трудность овладения специальностью. Большое число высокотехнологичных манипуляций, инновационных методов, применяемых в медицине, требуют от нее высокой образованности.

В нашей стране традиционно подготовка медицинских сестер осуществлялась на базе средних медицинских образовательных учреждений. Среднее образование дает медицинской сестре основные навыки работы, овладение ремеслом, но не дает общего кругозора. Современность же ставит иные задачи. Каким же специалистам хочет видеть современное общество? Опрос исследовательской группы OESD в Европе и Северной Америке показал, что работодатели при приеме молодого специалиста на работу независимо от уровня его образования хотят видеть работника, обладающего следующими главными качествами: высокий уровень образования, умение мыслить, принимать самостоятельные решения, работать творчески; желание, умение учиться перучиваться, приобретать знания самостоятельно; развитые коммуникативные навыки, умение работать в группе. Все это возможно сформировать грамотно построенной системой обучения, сочетающей