

Тоқсан сайын шығатын ғылыми-практикалық
журнал

Меншік иесі – «Марат Оспанов атындағы
Батыс Қазақстан медицина университеті»
Коммерциялық емес акционерлік қоғамы

Журнал алғаш рет 16.07.2024 жылы Қазақстан
Республикасы Мәдениет және ақпарат министрлігіне
№ KZ66VPY00097005 нөмірімен есепке қойылды

Бас редактор: А.А. Калиев
Бас редактордың орынбасары: Г.А. Журабекова
Жауапты хатшы: Г.С. Дильмагамбетова
Ғылыми редактор: А.З. Мусина
Жауапты шығарушы редактор: М.Б. Ахметжанова
Техникалық редактор: С.Д. Оразов
Корректорлар: С.Ұ. Тоғызбаева
А.С. Уркунова
А.М. Бекниязова

Редакциялық ұжым

Д.Н. Аяганов
А.Д. Балмагамбетова
А.П. Ермагамбетова
Г.М. Жармаханова
Ж.Е. Комекбай
Г.К. Кошмаганбетова
Х.И. Қудабаева
С.С. Курманғалиева
А.И. Миралеева
С.К. Саханова
С.Т. Уразаева

Редакциялық кеңес

Л.Р. Ахмадеева (Ресей)
Н.Н. Бримкулов (Қырғызстан)
К.М. Гичиук (Румыния)
Б.К. Жолдин (Қазақстан)
Р.Б. Кайыржанов (Ұлыбритания)
И. Кохреидзе (Грузия)
А.А. Мамырбаев (Қазақстан)
А.К. Мамедбейли (Әзірбайжан)
С.А. Нотолла (Италия)
М.М. Обимбо (Кения)
Г.А. Смагулова (Қазақстан)
Н.М. Туйчибаева (Өзбекстан)

Редакцияның және баспахананың мекенжайы:
030019, Ақтөбе қаласы,
Маресьев к. 68,
1-оқу ғимараты.
«Gylym aliansy» журналының редакциясы,
Редакциялық-баспа орталығы (РБО)
e-mail: info@gylymaliansy.kz

Шыққан күні: 28.06.24
Таралымы 500 дана
Тапсырыс № 24/0335
РБО басылып түптелді

Quarterly Peer Reviewed Journal

Publisher – Non-commercial Joint-stock Company
«Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University»

The journal was first registered on July 16, 2024, under the
number KZ66VPY00097005 with the Ministry of Culture and
Information of the Republic of Kazakhstan

Chief Editor: A.A. Kaliyev
Deputy Chief Editor: G.A. Zhurabekova
Executive Secretary: G.S. Dilmagambetova
Research Editor: A.Z. Mussina
Executive Editor: M.B. Akhmetzhanova
Technical Editor: S.D. Orazov
Proofreaders: S.U. Togzybayeva
A.S. Urkunova
A.M. Bekniyazova

Editorship

D.N. Ayaganov
A.D. Balmagambetova
G.M. Zharmakhanova
Zh.Ye. Komekbai
G.K. Koshmagambetova
H.I. Kudabayeva
S.S. Kurmangaliyeva
A.I. Miraleeva
A.P. Yermagambetova
S.K. Sakhanova
S.T. Urazayeva

Editorial board

L.R. Akhmadeyeva (Russia)
N.N. Brimkulov (Kyrgyzstan)
C.M. Ghiciuc (Romania)
B.K. Zholdin (Kazakhstan)
R.B. Kayirzhanov (Great Britain)
I. Kokhreidze (Georgia)
A.A. Mamyrbayev (Kazakhstan)
A.K. Mamedbeyli (Azerbaijan)
S.A. Notolla (Italy)
M.M. Obimbo (Kenya)
G.A. Smagulova (Kazakhstan)
N.M. Tuichibayeva (Uzbekistan)

Address of the Editorial Office and Printing House:
030019, Aktobe,
68 Maresyev Street,
Building 1
Editorial Office of the Journal «Gylym aliansy», Editorial
Publishing Center
e-mail: info@gylymaliansy.kz

Date of Issue: 28.06.2024
Circulation: 500 copies
Order Number: 24/0335
Printed at the Editorial Publishing Center



Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті
Қазақстан Республикасының көрнекті мемлекет және қоғам қайраткері,
Қазақстан Республикасы І шақырылымдағы
Парламенті Мәжілісінің Төрағасы, экономика ғылымдарының докторы,
Еуразия ғылымдары академиясының академигі

Марат Тұрдыбекұлы Оспановтың

75 жылдығына арналған халықаралық ғылыми конференцияға шақырады

АҚПАРАТТЫҚ ХАТ

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯ

«ЖАҒАНДЫҚ ТЕНДЕНЦИЯЛАР: ҒЫЛЫМ, ЭКОНОМИКА ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТАНУ»

Құрметті ғалымдар!

Конференцияның мақсаты: Білім беру мекемелерінің тарбие үрдісіндегі экономикалық және әлеуметтік аспектілердің даму тенденцияларымен ғылыми бағыттардың тығыз байланысын талқылау алаңын құру.

Конференцияның негізгі бағыттары:

1. Тұрақты даму мақсатындағы ғылым, мәдениет және білімнің интеграциясы: мәселелері мен болашағы.
2. Жастардың психикалық денсаулығын нығайту және олардың арасындағы суицидтің алдын алудағы психологиялық, әлеуметтік, медициналық және экономикалық ғылымдардың рөлі.

Конференция қазақ, орыс, ағылшын тілдерінде өтеді.

Маңызды мерзімдер:

Конференцияға қатысу туралы өтініштер мен мақалалар **2024** жылдың **11** қазанына дейін қабылданады.

1. Конференцияға қатысу туралы өтініш тиісті бағыттар үйлестірушілеріне жіберіледі (байланыстар төменде көрсетілген)
2. Конференция материалдары «Ғылым альянсы» журналына жарияланады. Тек толық мәтінді мақалалар қабылданады. Жарияланым талаптарымен сілтемені басу арқылы танысуға болады <https://gylymaliansy.kz/page/pravila-publikaczii> Конференция материалдары рецензияланып, редакция мақұлдағаннан кейін журналдың алдағы уақытта шығатын номерлеріне жарияланады. Редакция журналдың саясаты мен талаптарына сәйкес келмейтін мақалаларды қабылдамауға құқылы.

Секцияның бағыттары бойынша конференция үйлестірушілері:

- Ғылым, мәдениет және білім интеграциясы: мәселелері мен перспективалары. Бағыты бойынша - +777712000296 А.Р. Жанғалиева, ab_150583@mail.ru
- Қоғамдық ғылымдардың қазіргі даму тенденциялары. - Б.А. Молдин, +77014137847, Poliglot_kz@mail.ru
- Экономика, бизнес, құқық және заманауи азаматтық қоғам — +77771676375, Ш.Н. Жаржанова, Shynar_1975@list.ru

Конференцияға ғалымдар, сарапшылар, университет профессорлары, білім беру саласының барлық деңгейіндегі мұғалімдер, алғашқы медициналық- санитарлық көмек қызметкерлері, психологтер, әлеуметтанушылар, әлеуметтік қызметкерлер, жас зерттеушілер шақырылады.

Қатысушыларға сертификат беріледі.



УДК 614.253.5(100)
МРНТИ 76.75

А.М. ҚУАНАЙ, Л.С. ЕРМУХАНОВА, И.Т. АБДИКАДИРОВА, С.Т. ТАЖБЕНОВА,
Ж.А. ДОСТАНОВА, Д.М. ШАШТЫГАРИНА

ӘЛЕМНІҢ ӘРТҮРЛІ ЕЛДЕРІНДЕГІ КЕҢЕЙТІЛГЕН МЕЙІРГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕНІ ЗЕРТТЕУ: ӘДЕБИ ШОЛУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Қуанай А.М. – <https://orcid.org/0000-0001-9173-3848>
Ермуханова Л.С. – <https://orcid.org/0000-0001-7703-9649>
Абдикадинова И.Т. – <https://orcid.org/0000-0003-2762-684X>
Тажбенова С.Т. – <https://orcid.org/0000-0002-4073-0070>
Достанова Ж.А. – <https://orcid.org/0000-0001-8927-2958>
Шаштыгарина Д.М. – <https://orcid.org/0000-0002-3860-4075>

Библиографиялық сілтеме:

Қуанай АМ, Ермуханова ЛС, Абдикадинова ИТ, Тахбенова СТ, Достанова ЖА, Шаштыгарина ДМ. Әлемнің әртүрлі елдеріндегі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибені зерттеу: әдеби шолу. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):43-50.

Citation:

Kuanai AM, Ermukhanova LS, Abdikadirova IT, Tazhbenova ST, Dostanova Zha, Shashtygarina DM. Exploring Advanced Nursing Practice Across the Globe: A Literature Review. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):43-50.

Библиографическая ссылка:

Қуанай АМ, Ермуханова ЛС, Абдикадинова ИТ, Тахбенова СТ, Достанова ЖА, Шаштыгарина ДМ. Изучение расширенной сестринской практики в разных странах мира: обзор литературы. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):43-50.

Әлемнің әртүрлі елдеріндегі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибені зерттеу: әдеби шолу

А.М. Қуанай, Л.С. Ермуханова, И.Т. Абдикадинова, С.Т. Тахбенова, Ж.А. Достанова, Д.М. Шаштыгарина
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Мақала кеңейтілген мейіргерлік тәжірибенің әлемнің әртүрлі елдерінде дамуына бағытталған. Әртүрлі елдердегі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибені зерттеу денсаулық сақтау саласындағы зерттеулердің өзекті тақырыбы болып табылады. Кеңейтілген мейіргерлік практика – бұл мейіргерлердің әдетте дәрігерлер орындайтын медициналық процедуралар мен функциялардың кең ауқымын орындау мүмкіндігі бар денсаулық сақтау үлгісі. Кеңейтілген мейіргерлік тәжірибенің принциптерін, олардың денсаулық сақтау жүйесіндегі ролін, мамандықтағы жаңалықтарды, мейіргерлердің жаңа рөлдерін және денсаулық мамандықтарындағы өзгерістерді талқылай отырып, алдыңғы қатарлы тәжірибедегі негізгі функциялары мен міндеттерін қарастырады. Пациенттерге медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту және мейіргерлерге кәсібилігін жақсарту үшін әртүрлі елдерде қолданылатын табысты модельдер мен инновацияларды талдайды және осы саланың тарихы мен эволюциясы, кеңейтілген мейіргерлік практиканың негізгі принциптері мен құндылықтары, сондай-ақ оның пациенттердің денсаулық деңгейі мен өмір сапасына әсері талданады. Осы саладағы зерттеу әртүрлі елдердегі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибеге көзқарастардағы айырмашылықтарды анықтауға, сондай-ақ денсаулық сақтаудың нақты үлгілерінің тиімділігін бағалауға мүмкіндік береді. Әлемнің әртүрлі елдеріндегі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибені зерттеу бойынша зерттеулер, сонымен қатар мейіргерлердің білімі мен дайындығын жақсарту және олардың кәсіптік әсері мен танылуы туралы ұсыныстар бере алады. Мақалада мейіргерлердің озық тәжірибеге қойылатын талаптары, сондай-ақ әртүрлі елдердегі табысты тәжірибенің мысалдары туралы өзекті ақпарат бар. Басқа елдердің тәжірибесін талдай отырып, ең жақсы тәжірибелерді анықтауға және оларды медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін жергілікті деңгейде қолдануға болады. Жалпы, бұл тақырыпты зерттеу Денсаулық сақтау жүйесін дамыту және халыққа сапалы медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру үшін үлкен маңызға ие.

Негізгі сөздер: мейіргер, кеңейтілген тәжірибе мейіргері, жалпы тәжірибелі дәрігер, алғашқы медициналық-санитарлық көмек

Exploring Advanced Nursing Practice Across the Globe: A Literature Review

A.M. Kuanai, L.S. Ermukhanova, I.T. Abdikadirova, S.T. Tazhbenova,
Zh.A. Dostanova, D.M. Shashtygarina
Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan



Қуанай
Арухан Ментайқызы
e-mail: kuanai.a.a@mail.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
08.04.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
07.06.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

This study delves into the evolution of advanced nursing practice worldwide. Investigating advanced nursing practice across different countries is a pertinent topic in healthcare research. Advanced practice nursing embodies a healthcare paradigm wherein nurses undertake a broader scope of medical procedures and responsibilities traditionally performed by physicians. The article examines the fundamental roles and responsibilities of advanced practice nurses, delineating their significance in the healthcare continuum, advancements within the profession, emerging nursing roles, and shifts in healthcare dynamics. It analyzes successful models and innovations implemented in various countries to enhance patient care quality and the professional impact of nursing. Additionally, it scrutinizes the historical development and progression of the field, core principles and values underpinning advanced nursing practice, and its profound influence on patient health and well-being. Research in this domain facilitates the identification of divergent approaches to advanced nursing practice worldwide and enables the assessment of the efficacy of specific healthcare models. Moreover, global research on advanced nursing practice may furnish recommendations for enhancing nursing education and training, as well as bolstering the recognition and impact of the profession. The article furnishes contemporary insights into the educational prerequisites for advanced practice nurses, alongside exemplars of successful practices across different nations. By scrutinizing international experiences, optimal practices can be discerned and localized to ameliorate healthcare quality at the grassroots level. In essence, delving into this subject holds paramount importance for healthcare system development and augmenting the accessibility of quality medical services to the populace.

Keywords: nurse, advanced practice nurse, general practitioner, primary care

Изучение расширенной сестринской практики в разных странах мира: обзор литературы

А.М. Куанай, А.С. Ермуханова, И.Т. Абдикадилова, С.Т. Тажбенова, Ж.А. Достанова, Д.М. Шаштыгарина

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Статья посвящена развитию расширенной сестринской практики в различных странах мира. Изучение данной темы является актуальной в области здравоохранения. Расширенная сестринская практика представляет собой модель здравоохранения, в которой медицинские сестры имеют возможность выполнять более широкий спектр медицинских процедур и функций, обычно выполняемых врачами. Рассматриваются основные функции и обязанности медсестры расширенной практики, также обсуждаются принципы работ медсестер и их роль в системе здравоохранения, динамика развития, изменения в медицинских профессиях и новые роли медсестер. Анализируются успешные модели и инновации, применяемые в различных странах для повышения качества медицинского обслуживания пациентов и повышения профессионального воздействия на медсестер. Также анализируются история и эволюция данной области, основные принципы и ценности расширенной сестринской практики, и ее влияние на уровень здоровья и качества жизни пациентов. Исследование этой области медицины позволяет выявить различия подходов к расширенной сестринской практике в разных странах, и оценить эффективность конкретных моделей здравоохранения. Эти исследования также могут предоставить рекомендации по улучшению образования и подготовки медицинских сестер, и признание их профессии.

Данная научная работа содержит актуальную информацию о требованиях к образованию медсестер передовой практики, а также о примерах успешной практики в различных странах. Анализируя опыт других стран, можно выявить лучшие практики, и применить их на местном уровне для повышения качества медицинской помощи. В целом изучение данной темы имеет большое значение для развития системы здравоохранения и повышения доступности качественной медицинской помощи населению.

Ключевые слова: медсестра, врач общей практики, медсестра передовой практики, первичная медико-санитарная помощь

Kіріспе

Алғашқы медициналық - санитарлық көмектегі (АМСК) жұмыс жүктемесі мен кадрлық қиындықтар

мейіргерлердің ролін кеңейтудегі өсіп келе жатқан халықаралық тенденцияның негізгі факторлары болып табылады [1]. 2020 жылы Дүниежүзілік денсаулық

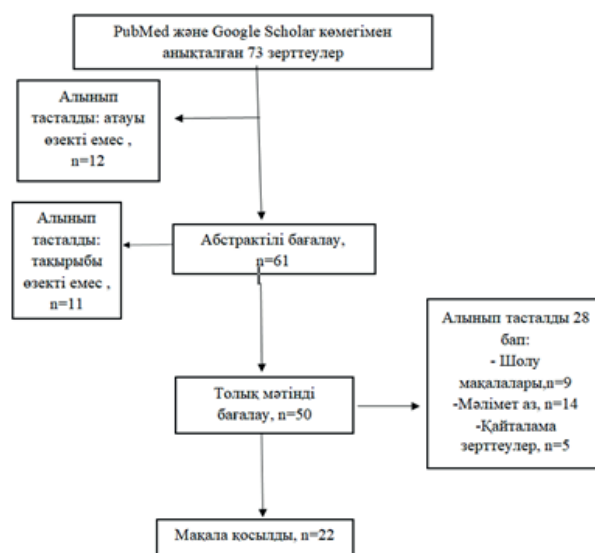
сақтау ұйымы пациенттерге күтім көрсету қажеттіліктерін жақсырақ қанағаттандыру үшін барлық мейіргерлік рөлдерді, соның ішінде кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерін, кеңейтуге және көбірек тануға шақырды [2]. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері – теңсіздіктерді азайту және бүкіл әлем бойынша жоғары сапалы медициналық көмекке қолжетімділікті қамтамасыз ету үшін оңтайландырылатын сарапшылық білімі мен көшбасшылық дағдылары бар мейіргерлер [3]. Жалпы тәжірибелік дәрігерлердің тапшылығын және медициналық көмектің сапасын арттыру стратегияларын ескере отырып, көптеген елдер кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерін қамтитын кәсіби аралық күтім үлгілерін енгізді [4]. «Бірлесіп басқару» бір пациенттің денсаулығын сақтауды басқаруға қажетті барлық тапсырмалар үшін жауапкершілікті бөлісетін екі бастапқы медициналық көмек маманы (тәжірибеші мейіргер және дәрігер) ретінде анықталады. Бұл міндеттер пациенттерге, мысалы, жедел немесе созылмалы ауруға баруды қамтуы мүмкін; дәрілік заттарды толықтыру сияқты фармакологиялық басқару; диагностикалық тестілеу; науқасты аурудың алдын алу немесе тәуекелді азайту туралы оқыту; және зертханалық мәндерді интерпретациялау және сынақ нәтижелеріне негізделген сыртқы пациенттерді жіберу сияқты пациенттерді бақылау. «Бірлесіп басқару» сонымен қатар күтімді үйлестірумен байланысты әкімшілік ауыртпалықты бөлісуді, мүгедектік немесе жұмысқа орналасу құжаттары сияқты құжаттарды рәсімдеуді және пациенттерден немесе күтім көрсетушілерден телефон қоңырауларына жауап беруді қамтиды. «Бірлесіп басқару» жұмыс жүктемесін азайту кейінірек дәрігердің шамадан тыс жүктемесін, күйігу және шаршауын болдырмайды. Бірлескен басқаруы сонымен қатар мейіргер ісі мен медицина арасындағы ынтымақтастыққа мүмкіндік береді және ең жақсы күтім тәжірибесі мен білімін біріктіру арқылы қол жеткізіледі. Ынтымақтастық сонымен қатар топ мүшелерінің моральдық деңгейін жақсартады және тиімді нәтижелерге әкеледі [5]. Мақаланың мақсаты әртүрлі елдердегі кеңейтілген тәжірибе мейіргерінің рөлі мен қызметінің дамуына назар аудару, сонымен қатар оның функцияларын, міндеттерін, дағдыларын талдап, жұмыс ерекшеліктерін талдау.

Материалдар мен әдістер

Кешенді іздеу стратегиялары әртүрлі дерекқорларда электрондық іздеуде әзірленді және Pubmed, Medline, Google Scholar, Scopus дерекқорлары пайдаланылды. Іздеуде келесі кілт сөздер: кеңейтілген тәжірибе мейіргері, мейіргер, АМСК, қоғамдық денсаулық сақтау, жалпы тәжірибелік дәрігер қолданылды. Іздеуді кеңейту үшін іздеу сөздері және сөз тіркестері логикалық операторлардың көмегімен біріктірілді. Сонымен қатар, барлық тиісті мақала түпнұсқасының және шолу мақалаларының әдебиеттер тізімінде қосымша сілтемелерді қолмен іздеу жүргізілді. Біздің әдеби шолуымыз әртүрлі тілдерде жарияланған зерттеулермен жазылған.

Нәтижелер

Зерттеуге Pubmed, Google Scholar, Scopus көмегімен 73 мақала алынды. Атауы өзекті болмауы себебінен 12 мақала алынып тасталды. 61 мақала абстрактті бағалау жүргізу кезінде 11 мақаланы тақырыбының өзекті болмауы салдарынан 50 мақалаға дейін қысқартылды. Әрі қарай толық мәтінді бағалауда 28 мақаланы, оның ішінде: 9 мақала шолу мақаласы болғандықтан және мәліметтердің аз болуына байланысты 14 мақала, қайталама зерттеу деп танылған 5 мақаланы алып тастадық. Соңында 22 мақала мен баспалар толық талданды. Мақалада әлемдегі кеңейтілген тәжірибе мейіргерінің ерекшеліктері мен қызметінің айырмашылығы және тағы да басқа бірқатар мәселелері анықталды. Дереккөздер шет елдік баспалар мен журналдардан алынды. Әдеби шолу негізінде әлемдегі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе тақырыбына байланысты жазылған әртүрлі елдердегі мақалалар қаралып, нәтижесінде 10 елдің мақалалары таңдалып алынды (сурет).



Сурет. Зерттеудің Блок-схемасы

Талқылау

Кеңейтілген тәжірибе мейіргері танылған төрт рөлдің бірі бойынша оқытылады: тәжірибе мейіргері, сертификатталған мейіргер-акушер, клиникалық мейіргер-маман және сертификатталған тіркелген мейіргер анестезиолог. Бастапқы мейіргерлік білімі мен лицензиясынан басқа, барлық лауазымдар магистратура немесе докторлық дәрежесін және сертификаттауды талап етеді. Сертификатталған акушер-мейіргерлер әйелдерге алғашқы және гинекологиялық көмек көрсетеді және репродуктивті денсаулықты сақтауға, сондай-ақ босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі күтімге қатысады. Сертификатталған тіркелген мейіргер-анестезиологтар әртүрлі жағдайларда анестезияның әртүрлі түрлерін жүргізеді. Олар алғашқы медициналық көмек көрсету мекемелерінде ауырсынуды емдеу қызметтерін ұсына алады және де педиатриялық, акушерлік, хирургиялық

және стоматологиялық мекемелерде жұмыс істей алады. Клиникалық мейіргер-мамандар мен тәжірибе мейіргерлері бастапқы екі лауазымға қарағанда кеңірек тәжірибеге ие. Олардың рөлі көбінесе күрделі пациенттерді басқаруды және медициналық көмекті біріктіруді қолдауды қамтиды және олар белгілі бір популяцияға, денсаулыққа немесе жағдайларға мамандануы мүмкін [6]. Тәжірибе мейіргерлері - бұл магистр немесе докторантура дәрежесі бар тіркелген мейіргерлер, олардың қызмет саласы әдетте пациенттерге күтім жасау жоспарын диагностикалау мен жүзеге асыруды қамтиды; тәжірибе саласына қатысты ережелер дәрігердің емделу және дәрі-дәрмектерді тағайындау қажеттілігіне қатысты айтарлықтай өзгереді [7]. Саясаткерлер мен жұртшылық АМСК көрсету саласында мейіргерлердің қатысуын кеңейтуді қолдады, дегенмен мейіргерлер мен дәрігерлер арасындағы бірлескен басқару қатынастары нашар анықталған. Тәжірибе мейіргерлерінің көпшілігін АМСК клиницисті етіп тағайындайтындықтан және дәрігердің бақылауынан тәуелсіз жұмыс істейтіндіктен, мейіргер мен дәрігердің бірлескен басқаруын анықтайтын нәрсеге көбірек назар аудару қажет [8]. Бұл мақалада кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе ұғымы, жіктелісі және оның әртүрлі елдердегі айырмашылықтарын зерттейміз.

Қытайдағы мейіргер ісі үздіксіз даму жағдайында. Қытайда кеңейтілген тәжірибе мейіргері «сараптамалық білім базасын, күрделі шешім қабылдау дағдыларын және кеңейтілген тәжірибеге клиникалық құзыреттілікті игерген, тіркелген мейіргер ретінде анықталады, оның сипаттамалары: практикаға құқығы бар контекстпен анықталады. Бастапқы деңгей үшін магистр дәрежесі ұсынылады». Бұл анықтамада кеңейтілген тәжірибе мейіргері негізгі мейіргерлік тәжірибеге негізделген білімі, дағдылары және тиісті білім беру дайындығы болуы керек деп танылады. Білім беру саласында жоғары деңгейдегі кеңейтілген тәжірибе мейіргері магистратура деңгейінде немесе одан жоғары білім алуы керек, жүйелік деңгейдегі мәселелерді қарастыруы керек және қызметтерді дамыту мен клиникалық зерттеулерде жетекші рөл атқаруы керек. Тәжірибе мейіргерінің құзыреттілігі уақыт өте келе қалыптасады және жинақталады. Әрбір деңгейге тәжірибе мен білімнің үйлесімі арқылы қол жеткізіледі. Тіркелген жаңадан келген мейіргер науқасқа тікелей күтім көрсету және күнделікті жағдайларды басқару үшін қажетті кәсіби құзыреттіліктері бар. Мейіргер алғашқы бірнеше жылда тәжірибе жинақтағандықтан, ол бір мамандыққа орналасып, арнайы маманданған мейіргер болуға дайындалу үшін курстардан өтуі мүмкін. Мейіргер кеңейтілген тәжірибе мейіргері деңгейіне көтерілуі үшін оның кемінде 6 жылдық тәжірибесі болуы керек. Білім деңгейі әдетте магистратура деңгейінде болады, оқу бағдарламасы тек мамандыққа қатысты салаларды ғана емес, сонымен қатар мейіргерді кеңірек білім базасымен және аналитикалық ойлаумен толықтыратын жалпы компоненттерді қамтиды. Ол

бірте-бірте өзіндік ойлауын көрсететін және өзгерістер әкелетін көшбасшыға айналады. Кеңейтілген тәжірибе мейіргері өз рөлін атқара отырып, маман білімін игерген сайын, ол қызметтерді дамыту мен көрсетуді қалыптастыруда көшбасшылықты өз мойнына алып, жоғары деңгейге көтеріледі [9]. Вонг және басқалары кеңейтілген мейіргерлік тәжірибеге үш аспектіде үлес қосты: пациентке қатысты, қызмет көрсетуге және кәсіпке қатысты аспектілер. Пациенттер тарапынан кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері күрделі жағдайларды басқара алатын және симптомдарды басқаруға, асқынулардың алдын алуға және денсаулықты жақсартуға байланысты жақсартылған нәтижелерге ықпал ете алатын клиникалық жетекшілер болып табылады. Қызмет көрсету деңгейінде кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері пациенттердің күтімге қолжетімділігін арттыра алады, күту уақытын қысқартады және пациенттің денсаулығы мен қалпына келуін жақсарту үшін дәлелді тәжірибені қамтамасыз ете алады. Кәсіби деңгейде кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері тәлімгер ретінде әрекет етеді және клиенттерге жақсырақ қызмет көрсету үшін арнайы аймақтарды құрады [10].

Кореяның кеңейтілген мейіргерлік тәжірибесі басқа елдердегі жүйелерден айырмашылығы, заңды түрде анықталған атақтары, біліктіліктері және кеңейтілген тәжірибе мейіргерінің дамуына белсенді ықпал ететін дәйекті білім беру бағдарламасы болды. Дегенмен, клиникалық жағдайларда кеңейтілген тәжірибе мейіргері рөлін атқаратын мейіргерлерге сұраныстың артуына қарамастан, кеңейтілген тәжірибе мейіргері ретінде жұмыс істейтін және сертификатталған мейіргерлердің саны тұрақты түрде азайып келеді. Бұл құбылыстың негізгі себебі-институционалдық қолдаудың болмауы; мысалы, практика саласы үшін құқықтық негіздердің болмауына байланысты лицензияланбаған медициналық практикаға қатысты бірнеше рет келіспеушіліктер туындады; және кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері көрсеткен мамандандырылған көмек үшін Ұлттық медициналық сақтандыру төлемдерінің болмауы. Оңтүстік Кореяда кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері 13 салада маман болу үшін оқытылады: қоғамдық денсаулық сақтау, мейіргерлік анестезия, үйде күтім жасау, психиатриялық мейіргер ісі, инфекциялық бақылау, денсаулық және қауіпсіздік, жедел медициналық көмек, геронтологиялық мейіргер ісі, критикалық күтім, хоспис күтімі, онкологиялық науқастарды күту, клиникалық күтім, мейіргер ісі және педиатриялық мейіргер. Бірақ олардың қолдану аясы нақты бөлінбеген, бұл олардың білім беру бағдарламаларының көптеген бағыттары мен негізгі құзыреттерінің бір-біріне сәйкес келуіне әкеледі. Сондай-ақ, кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе бойынша өтемақы қанағаттанарлықсыз және оқу жүктемесі басқа магистратура бағдарламаларына қарағанда жоғары екені анықталды, бұл мейіргерлік істің кеңейтілген мейіргерлік тәжірибесіне түсуге ынтасын төмендетеді [11].

АҚШ-тың алғашқы медициналық-санитарлық жүйесі АМСК дәрігерлерінің жетіспеушілігі бар пациенттердің өсіп келе жатқан санына көмек көрсету қажеттілігіне байланысты үлкен жүктемені бастан кешіруде. Кейбір саясаткерлер бұл шиеленісті жеңілдетуге көмектесу үшін алғашқы медициналық көмек көрсетуде кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері мен дәрігердің пациенттерді бірлесіп басқаруды ұсынды. [12]. Америка Құрама Штаттарында кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері магистр дәрежесіне немесе одан жоғары дәрежеге ие және төрт түрлі санатқа бөлінеді: сертификатталған тіркелген мейіргер-анестезиолог, сертификатталған мейіргер-акушер, клиникалық мейіргер-маманы және сертификатталған тәжірибе мейіргері. Сертификаттау магистр дәрежесінің иегерлеріне олардың клиникалық саладағы көп жылдық жұмыс тәжірибесі негізінде беріледі [13]. Кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе алғаш рет АҚШ-та 1960 жылдардың ортасында Колорадо университетінде дәрігерлердің жетіспеушілігін шешу үшін пайда болды. Кеңейтілген мейіргерлік практика кәсібі АҚШ-тың қалалық және ауылдық жерлерінде, әсіресе балаларға арналған алғашқы медициналық көмек көрсетушілердің жетіспеушілігіне байланысты пайда болды. Олар мейіргерлердің балалардың физикалық және психоәлеуметтік дамуы туралы білімін, сондай-ақ даму сынақтары мен бағалау процедураларын басқару, тарихты алу, физикалық тексерулер және кейбір зертханалық процедуралар сияқты дағдыларды жақсартуға арналған бакалавриаттан кейінгі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе бағдарламасын әзірледі. 1972 жылы кеңейтілген тәжірибе мейіргері атағын АҚШ армиясы қабылдады. 1970 жылдардың ортасында кеңейтілген тәжірибе мейіргері рөлі кейбір мемлекеттік медициналық қоғамдар мен мейіргерлік ұйымдардың қарсылығын тудырды және алдыңғы қатарлы тәжірибедегі мейіргерлер, мейіргерлер, дәрігерлер және менеджерлер арасындағы кәсіби қарым-қатынастар күмән тудырды. Осы қарсылыққа қарамастан, кеңейтілген тәжірибе мейіргерінің рөлі өсіп, дами берді [14].

Швейцария кеңейтілген мейіргер тәжірибесі рөлін дамытудың бастапқы сатысында. Швейцариядағы кеңейтілген мейіргер тәжірибесі бойынша зерттеулер сирек кездеседі, әсіресе оның АМСК көрсетудегі рөліне қатысты. Бүкіл әлем бойынша АМСК жүйелері созылмалы аурулардың жоғарылауы және медициналық қызметтерге сұраныстың жоғарылауы бар қартаюға байланысты қиындықтарға тап болады. Сонымен қатар, жалпы тәжірибелік дәрігерлер аз, әсіресе ауылдық жерлерде. Осы проблемаларға қарсы тұру үшін АМСК қайта ойлап табылуда және көптеген елдер кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе рөлін енгізіп, дамытты. Алғашқы қадамдар шамамен 20 жыл бұрын жасалғанымен, Швейцария кеңейтілген тәжірибе мейіргері рөлін дамытудың бастапқы сатысында. Шағын қозғалыс алғашқы медициналық көмек көрсетудегі кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерінің рөлін кеңейтуге бағытталған; ол бастапқыда жалпы тәжірибелік

дәрігерлердің қатты қарсылығына тап болды, бірақ соңғы жылдары оған барған сайын назар аударып, маңыздылыққа ие болды. Мейіргерлер әлі де АМСК-те алдыңғы қатарда сирек кездеседі, бірақ олардың қатысуы кішігірім жобаларда біртіндеп артып келеді. Қабылданған білім беру стандарттары мен кеңейтілген мейіргерлік тәжірибеге қатысты ережелердің болмауы да олардың тәжірибедегі рөліне кедергі келтіруі мүмкін. Магистр дәрежесін алу қажеттілігіне қатысты кәсіптік ұйымдар арасында консенсус болғанымен, Швейцарияда кеңейтілген мейіргер тәжірибесінің стандартталған бағдарламасы жоқ. Сондай-ақ нормативтік базаны құру бойынша ұлттық мейіргерлік күш-жігерге қарамастан, кеңейтілген мейіргерлік тәжірибенің рөлі мен көлемінің заңды анықтамасы жоқ [15]. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерінің күнделікті тәжірибесі үш негізгі тақырыпты қамтиды. Олардың басты назары кеңейтілген клиникалық дағдыларды қамтамасыз ету және пациенттер мен олардың отбасылары үшін қоғамдастық мамандары ретінде қызмет ету болып табылады. Бұл тәжірибелер таза әрекеттермен қоршалған, яғни дәрігерлермен бірге пациенттерге күтім жасау және ұзақ мерзімді күтімге үнемі бару. Іс-әрекеттің сыртқы деңгейі кеңейтілген тәжірибе мейіргерінің рөлін біріктіретін және жеңілдететін және мейіргерлік үлгінің одан әрі дамуын қаталыздейтін міндетті әрекеттерден тұрады. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері өздерінің алдыңғы қатарлы медициналық білімдері мен мейіргерлік тәжірибесін пациентке күтім көрсетудің құндылығын арттыру үшін бейімдейді [16].

Канадада кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерді оқытудың бірінші білім бағдарламасы 1967 жылы Галифакстағы Далхаузи университетінде (Жаңа Шотландия) басталды, оның мақсаты – ауылдық жерлерде күтім көрсету. 1970 жылдары Канадалық мейіргерлер қауымдастығы мен Канада медициналық қауымдастығы кеңейтілген тәжірибе мейіргері рөлі мен университеттік бағдарламасын дамытуға қолдау көрсетті. Шамамен 250 кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері оқуды аяқтап, жұмыс істеді, бірақ барлығы 1980 жылдардың басында тоқтатылды. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерінің рөлі 1990 жылдары денсаулық сақтауды реформалау бағдарламаларының тиімділігі мен профилактикалық алғашқы көмекті арттыруға бағытталған дамуына жауап ретінде қайта пайда болды. Канададағы кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері мейіргер ісі теориясы мен тәжірибесінде, денсаулықты нығайтуда, аурулардың алдын алуда және адамдарға жан-жақты көмек көрсету үшін шешім қабылдау дағдыларында терең білім мен тәжірибеге ие. Олар заңмен бекітілген, реттелген және денсаулық жағдайын кешенді бағалауға, денсаулық мәселелерін диагностикалауға және емдеуге, диагностикалық және скринингтік сынақтардың нәтижелерін тағайындауға және түсіндіруге және дәрі-дәрмектерді тағайындауға рұқсат етілген [14].

Словакиядағы кеңейтілген тәжірибе мейіргері рөлі 1960 жылдардың аяғында пайда болды. Содан бері

рөл бейімделу мен модификациядан өтті. Кеңейтілген тәжірибе мейіргері рөлі Словакиядағы мейіргерлер үшін жаңа және белгісіз рөл болып табылады. Словакияда мейіргерлер өз тәжірибесін кеңейтілген деп қабылдауы төмен. Нәтижелер заңнама мен білімге қатысты болуы мүмкін. Кеңейтілген мейіргер тәжірибесі және оның іргелі табиғаты, теориясы, үлгілері мен философиясы Словакиядағы білім беру процесі мен тәжірибесінің ажырамас бөлігі болып табылмайды. Елеулі олқылықтар мейіргерлерді кеңейтілген тәжірибе рөлдеріне, сәйкес терминологияға, білімге және тәжірибеге оқу және тәжірибелік дайындығына қатысты. Қолданыстағы жарлықтар әрбір мейіргердің рөлін нақты анықтамайды. Осылайша, мейіргерлік рөлдер арасындағы айырмашылықтар анық емес. Тақырыптың кең ауқымын және бұл үлестің сипатын ескере отырып, мейіргер ісін қабылдауға және оның іс жүзінде жұмыс істеуіне әсер ететін барлық факторларды қамту мүмкін емес. Мейіргерлердің кеңейтілген тәжірибе деңгейінде өз тәжірибесін түсіну деңгейі оң, бірақ шектеулі [17].

Австралиядағы кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерінің тәжірибесінің деңгейі тіркелген мейіргер тәжірибесінің толық көлемін қамтитын мейіргер ісі болып табылады және осылайша тіркелген мейіргер тәжірибесінің шеңберінен тыс мейіргер тәжірибесінен ерекшеленеді. Австралияда мейіргер ісі және акушерлік қызмет ұлттық деңгейде реттеледі және бұл ереже тіркелген мейіргер, тәжірибе мейіргері және акушер атағын қорғайды [14]. Австралиядағы кеңейтілген мейіргер тәжірибесі ауылдық және шалғай аудандардағы дәрігерлердің жетіспеушілігінен туындады, оларды арнайы оқытылған мейіргерлер алмастыруы мүмкін деп есептелді. Бұл мамандық ауылдық және шалғай аудандардан басқа көптеген салалардағы қызмет олқылықтарын толтыра алатын жоғары деңгейдегі мейіргер рөлінің маңыздылығын дәлелдеді. Ауылдық және шалғай аудандарда кеңейтілген мейіргерлік тәжірибенің пилоттық жобалары, акушерлік, дені сау әйелдерді зерттеу, жедел жәрдем қызметтері, қалалық үйсіз еркектерге көмек көрсету қызметі және жалпы медициналық практика құрылды. Бағалаулар олардың мүмкін екенін және кеңейтілген мейіргерлік тәжірибенің сапалы медициналық қызмет көрсетуде қауіпсіз және тиімді екенін көрсетті. Парламенттің тиісті актілеріне кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерінің атағын қорғайтын түзетулер енгізілді. Кеңейтілген тәжірибе мейіргері үшін мейіргер ісі саласындағы бакалавр дәрежесінен тыс білім беру дайындығы талап етілмейді. Алайда, олардың көпшілігінде кем дегенде өз мамандығы бойынша бітірген дипломы бар, ал көпшілігінде магистр дәрежесі бар [18]. Австралияда кеңейтілген тәжірибе мейіргерінің рөлінің өсуі 1990 жылы мейіргерлер конференциясында басталды. 1997 жылы Жаңа Оңтүстік Уэльстің Денсаулық сақтау министрі кеңейтілген тәжірибе мейіргеріне рұқсат беру, білім беру және реттеу бойынша жұмыс жасады. 2001 жылы Жаңа Оңтүстік Уэльстің шалғай

аудандарында алғашқы кеңейтілген тәжірибе мейіргері тағайындалды, ал 2002 жылы Жаңа Оңтүстік Уэльс мегаполистеріне кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері енгізілді. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері мейіргер ісін реттеуші органның лицензиясына ие болуы керек және осы атаққа ие болуы керек. Мейіргердің кеңейтілген тәжірибеден өтуіне рұқсат алу үшін қажетті білім деңгейі бүкіл Австралияда енгізілген, дегенмен магистр деңгейінде тенденция бар [14].

Сауд Арабиясы азаматтарының мейіргер мамандығына төмен қабылдануы, өсіп келе жатқан халықпен бірге Сауд Арабиясында мейіргерлердің, әсіресе клиникалық күтімде жоғары білікті мейіргерлердің тапшылығына әкелді. Кеңейтілген тәжірибе мейіргері деп мейіргер ісі саласында жоғары білімі бар мейіргерлері түсіндіріледі. Кеңейтілген тәжірибедегі мейіргерлердің кем дегенде мейіргер ісі бойынша магистр дәрежесі бар, ал көпшілігінде докторлық дәрежесі бар. Кеңейтілген тәжірибедегі мейіргерлер педиатрия, онкология, ауыр медициналық көмек немесе әйелдер денсаулығы сияқты белгілі бір салада мамандануы мүмкін. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері ерекше қажеттіліктері бар науқастарға күтім көрсету және емдеуді қамтамасыз ету үшін білімі мен тәжірибесіне ие. Олар денсаулық сақтау жүйесінің маңызды қорғаушылары болып табылады және ауылдық және қалалық жерлерде, жеке секторда, ауруханаларда және қарттар үйлерінде тәжірибенің көптеген түрлеріне біріктірілген. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері денсаулық сақтау қызметтеріне қолжетімділікті жақсартуда, әсіресе күрделі медициналық жағдайы бар адамдар үшін маңызды рөл атқарады. Олар қоғамның қажеттіліктерін ескере отырып, өз кәсібін дамытты және медициналық көмекке мұқтаж адамдарға тарихи қолжетімді болды, маргиналды тұрғындарға алғашқы медициналық көмек көрсетеді. Мейіргер ісі бойынша білім беру бағдарламалары 40 жыл бойы ұсынылып келе жатқанымен, ауруханалық білімнен бакалавриат колледжі мен магистратура бағдарламаларына көшкеннен кейін кеңейтілген мейіргерлік тәжірибені алға жылжытуға бағытталған жоғары оқу орнынан кейінгі университеттік білім шектеулі. Мейіргер ісі бойынша магистрлік бағдарламалар өте аз және олардың көпшілігі ғылым магистрлік бағдарламалары болып табылады, олардың оқу бағдарламасы зерттеуге негізделген және мейіргер ісін басқару мен білім беруге бағытталған. Қазіргі уақытта клиникалық тәжірибеде екі жаңа бағдарлама ұсынылады: біреуі қарқынды терапия бөлімшелерінде мейіргер ісі бойынша, ал екіншісі кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе бойынша. Дегенмен, екі бағдарлама да клиникалық тәжірибеге бағытталған болса да, бұл дәреже әлі де мейіргер ісі бойынша ғылым магистрі деп аталады, дегенмен әдебиеттер басқа елдердегі сияқты Сауд Арабиясында мейіргерлер мен кеңейтілген тәжірибедегі мейіргерлердің созылмалы жетіспеушілігі бар деп болжайды. Сауд Арабиясында кеңейтілген мейіргер тәжірибесінің болмауы денсаулық сақтау мекемелеріндегі денсаулық сақтауды басқарудың жоғарғы деңгейіндегі

мейіргер ғалымдары мен саясаткерлер арасындағы алшақтыққа байланысты болуы мүмкін [14].

Ирландияда кеңейтілген мейіргер тәжірибесін құруға және қолдауға жауапты ұйым, мейіргер ісі мен акушердің кәсіби дамуы жөніндегі Ұлттық кеңес, тәжірибе мейіргер/акушер-мейіргер/ анестезиолог-мейіргер және клиникалық мейіргер маманына қойылатын рөлдер мен талаптарды нақты анықтайтын құрылым құрды. Ирландияда кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерінің негізгі құзыреттері: клиникалық тәжірибедегі автономия, сарапшылық тәжірибе, кәсіби және клиникалық жетекшілік және зерттеулер. Кеңейтілген тәжірибе мейіргері мейіргер ісі немесе акушерлік саласында магистр немесе одан жоғары дәрежеге ие болуы керек және біліктілікке ие болғаннан кейін кемінде 7 жыл тәжірибесі болуы керек. Клиникалық мейіргер мен акушерлер мамандандырылған клиникалық бағыт, пациенттерді қорғау, білім беру және оқыту, аудит, зерттеу және кеңес беру арқылы анықталады. Олардың рөлінің негізгі бөлігі келісілген хаттамаларға сәйкес емдеуді бағалау, жоспарлау, бастау және бағалау қабілеті болып табылады. Клиникалық мамандардың мейіргер ісі немесе акушерлік мамандығы бойынша жоғары дипломы болуы керек және кем дегенде 5 жылдық біліктіліктен кейінгі тәжірибесі болуы керек, оған клиникалық мамандандыру саласында 2 жыл кіруі керек. Тәжірибе мейіргері мен клиникалық мейіргер екі тақырып бойынша да бекітілген курстан өткен жағдайда дәрі-дәрмектер мен иондаушы сәулеленуді тағайындай алады.

Бразилияда кеңейтілген мейіргерлік тәжірибені енгізу әлі де талқылаудың бастапқы сатысында. Бразилияның АМСК-те бағытталған біртұтас денсаулық сақтау жүйесі тапшылықтан, жоғары ауысымнан және дәрігерлердің біркелкі бөлінбеуінен зардап шегеді. Бұл халықтың сапалы және жан-жақты медициналық көмекке қол жеткізуіне қауіп төндіреді. Сонымен қатар, еңбек нарығында мемлекеттік денсаулық сақтау саласында жұмыс істеуге дайын мейіргерлер саны артып келеді, олардың қызметтерін тиімдірек пайдалануға болады. Кеңейтілген тәжірибе мейіргері сияқты жаңа профильдер бразилиялық АМСК-ті дамытуда және жалпы медициналық қамтуға қол жеткізуде маңызды рөл атқара алады. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерде кеңірек тәжірибеге арналған арнайы білім, күрделі шешім қабылдау дағдылары және клиникалық дағдылар бар және олардың сипаттамалары тәжірибеге сертификатталған контекстке байланысты қалыптасады. Бастапқы медициналық көмекте кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері дәрігердің міндеттерін қамтитын кеңейтілген тәжірибе көлеміне ие және дәрігер жұмысын алмастыруға немесе толықтыруға арналған. Мейіргер ісі қазіргі уақытта Бразилияда реттелетін 24 денсаулық сақтау мамандарының бірі болып табыла-

ды, онда тек мейіргерлер, мейіргер техниктері және мейіргер көмекшілері мен акушерлер ғана мейіргерлік жұмыс істей алады. Сондай-ақ, мейіргер ісімен олар айналысатын мемлекетте юрисдикциясы бар аймақтық кәсіптік кеңесте тіркелген заңды білікті тұлғалар ғана айналыса алады. Кәсіби магистр дәрежесі бразилиялық контексте оқытудың ең қолайлы деңгейі болып табылады.

Денсаулық сақтауды жақсарту үшін жақсы дайындалған мейіргер жетекшілер қажет. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлері мен клиникалық мейіргер жетекшілері мейіргер ісі саласындағы денсаулық сақтау реформасын жүргізуге өте қолайлы. Мейіргерлер халықаралық деңгейде анықталған көшбасшылық құзыреттерге негізделген бұл рөлге барабар түрде дайындалуы керек. Сондықтан халықаралық деңгейде көшбасшылық құзыреттер мен онымен байланысты қасиеттерді анықтау қажет [19]. Кеңейтілген тәжірибе мейіргерлерінің құзыреттеріне арнайы клиникалық тәжірибе, коучинг және кеңес беру, ынтымақтастық, көшбасшылық, этикалық шешім қабылдау және зерттеу құзыреттілігі жатады. Кеңейтілген мейіргерлік тәжірибеге негізделген клиникалық көшбасшылық қолданыстағы басқару және күтім құрылымдарына қарсы тұруы мүмкін. Клиникалық көшбасшылық құзыреттер халықаралық зерттеулердің тақырыбы болып табылады және көшбасшылық үлгілері мен кеңейтілген мейіргерлік тәжірибе рөлі мен көшбасшылық салаларына негізделген клиникалық тәжірибеде сипатталуы және танылуы мүмкін. Мейіргерлік тәжірибедегі клиникалық көшбасшылық кеңейтілген тәжірибе мейіргері күрделі мейіргерлік жағдайларда күтім процестерін дербес басқарғанда, әсер етуде, өзгерту стратегияларын әзірлеуде және жүзеге асыруда, кеңес беруде, жаттықтыруда, оқытуда, денсаулық сақтау саласындағы басқа мамандармен және басшылықпен ынтымақтастықта және байланыста болғанда танылады [19].

Қорытынды

Қорытындылай келе, әлемнің әртүрлі елдерінде кеңейтілген мейіргерлік тәжірибенің белсенді дамуы жалғастыруда және денсаулық сақтаудың осы саласына көбірек мамандар тартылуда. Жаңа технологиялар, оқыту және біліктілікті арттыру арқылы бүкіл әлемдегі кеңейтілген практика мейіргерлері халыққа сапалы және қолжетімді қызмет көрсетуге мүмкіндік алады. Халықаралық деңгейде мейіргерлік тәжірибені жетілдіру бойынша ұсыныстар ретінде және денсаулық сақтаудың осы саласын одан әрі дамыту үшін елдер арасындағы ынтымақтастық пен тәжірибе алмасуды жүргізудің маңыздылығын атап өтуге болады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, Bottone H, Polson R, Maxwell M. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2020;104:103443. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103443.
2. Kilpatrick K, Savard I, Audet LA, Kra-Friedman A, Atallah R, Jabbour M, Zhou W, Wheeler K, Ladd E, Gray DC, Henderson C, Spies LA, McGrath H, Rogers M. A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews protocol. *PLoS One*. 2023;24(1):e0280726. doi: 10.1371/journal.pone.0280726.
3. Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J, Moreland PJ, Rogers M, Sibanda B, Turale S. Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *Int Nurs Rev*. 2020;67(4):554-559. doi: 10.1111/inr.12632.
4. Schönenberger N, Sottas B, Merlo C, Essig S, Gysin S. Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2020;23(19):90. doi: 10.1186/s12912-020-00482-2.
5. Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med*. 2018;16(3):250-256. doi: 10.1370/afm.2230.
6. Advanced Practice Nurse Roles. IvyPanda. 2021. <https://ivypanda.com/essays/advanced-practice-nurse-roles/>
7. Wong FKY. Development of advanced nursing practice in China: Act local and think global. *Int J Nurs Sci*. 2018;31(5):101-104. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.03.003.
8. Wong FKY, Lau ATY, Ng R, Wong EWY, Wong SM, Kan EY, Liu E, Bryant-Lukosius D. An Exploratory Study on Exemplary Practice of Nurse Consultants. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(5):548-556. doi: 10.1111/jnu.12324.
9. Kwon SH, Park MH, Kim HS. Education, Role, and Prospects of Advanced Practice Nurses in Hospice and Palliative Care in South Korea. *J Hosp Palliat Care*. 2021;1(24):1-12. doi: 10.14475/jhpc.2021.24.1.1.
10. Norful AA, Swords K, Marichal M, Cho H, Poghosyan L. Nurse practitioner-physician comanagement of primary care patients: The promise of a new delivery care model to improve quality of care. *Health Care Manage Rev*. 2019;44(3):235-245. doi: 10.1097/HMR.0000000000000161.
11. A Almutairi H, N Alharbi K, K Alotheimin H, Gassas R, S Alghamdi M, A Alamri A, M Alsufyani A, S Bashatah A. Nurse Practitioner: Is It Time to Have a Role in Saudi Arabia? *Nurs Rep*. 2020;9(10):41-47. doi: 10.3390/nursrep10020007.
12. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2019;27(20):163. doi: 10.1186/s12875-019-1055-z.
13. Altermatt-von Arb R, Stoll H, Kindlimann A, Nicca D, Lauber E, Staudacher S, Sailer Schramm M, Vökt F, Zúñiga F. Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis. *BMC Prim Care*. 2023;21(24):26. doi: 10.1186/s12875-023-01977-y.
14. Grešš Halász Beáta, Majerníková L'udmila, Obročníková Andrea, Hudáková Anna, Vojteková Marta. Developing the advanced practice nursing role in Slovakia: Perception, education, and practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2021;33(11):916-923. doi: 10.1097/JXX.0000000000000460.
15. Parker JM, Hill MN. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *Int J Nurs Sci*. 2017;4(2):196-204. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.01.002.
16. Coyne I, Comiskey CM, Lalor JG, et al. An exploration of clinical practice in sites with and without clinical nurse or midwife specialists or advanced nurse practitioners, in Ireland. *BMC Health Serv Res*. 2016;151. doi:10.1186/s12913-016-1412-8.
17. Magnago C, Pierantoni C. Situational analysis and reflections on the introduction of advanced practice nurses in Brazilian primary healthcare. *Hum Resour Health*. 2019;90. doi: 10.1186/s12960-021-00632-w.
18. Heinen M, van Oostveen C, Peters J, Vermeulen H, Huis A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *J Adv Nurs*. 2019;75(11):2378-2392. doi: 10.1111/jan.14092.
19. Blanck-Köster K, Roes M, Gaidys U. Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) : Ein Scoping-Review. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2020;115(6):466-476. doi: 10.1007/s00063-020-00716-w.



УДК 614.212:616-053.2-084

МРНТИ 76.75, 76.29.47

Д.М. ШАШТЫГАРИНА, С.Т. ТАЖБЕНОВА, М.К. ТАУШАНОВА, Ж.А. ДОСТАНОВА,
А.М. ҚУАНАЙ

АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІНДЕ ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРҒА ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Шаштыгарина Д.М. – <https://orcid.org/0000-0002-3860-4075>

Тажбенова С.Т. – <https://orcid.org/0000-0002-4073-0070>

Таушанова М.К. – <https://orcid.org/0000-0002-0165-9312>

Достанова Ж.А. – <https://orcid.org/0000-0001-8927-2958>

Қуанай А.М. – <https://orcid.org/0000-0001-9173-3848>

Библиографиялық сілтеме:

Шаштыгарина ДМ, Тажбенова СТ, Таушанова МК, Достанова ЖА, Қуанай АМ. Медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсету ерекшеліктері. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):51-60.

Citation:

Shashtygarina DM, Tazhbenova ST, Taushanova MK, Dostanova ZhA, Kuanai AM. Features of patronage services for young children at the primary health care level. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):51-60.

Библиографическая ссылка:

Шаштыгарина ДМ, Тажбенова СТ, Таушанова МК, Достанова ЖА, Қуанай АМ. Особенности патронажного обслуживания детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):51-60.

Медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсету ерекшеліктері

Д.М. Шаштыгарина, С.Т. Тажбенова, М.К. Таушанова, Ж.А. Достанова, А.М. Қуанай

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Бүкіл әлемде ана мен баланың денсаулығын сақтау мәселелері, атап айтқанда бұл ана мен бала өлімі және әлем халқының әлеуметтік қолайсыз топтарын қорғау мәселелері бірінші орында тұр. Медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейіндегі патронаж осы мәселелерді шешу үшін олардың өміріне, денсаулығына, дамуына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қатерлер анықталған балаларға жеке жоспар бойынша қосымша белсенді үйге баруды енгізуді көздейді. Осыған сәйкес, жаңа туған нәрестелер мен ерте жастағы балаларды патронаждық бақылауды ұйымдастыру тәуекелдерді анықтау және азайту, сондай-ақ тәуекелі жоқ отбасыларға міндетті бару санын азайту мақсатында әмбебап прогрессивті модель негізінде жүргізіледі.

Зерттеудің мақсаты. Әлемдегі және Қазақстандағы медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсету ерекшеліктерін зерттеу.

Зерттеу әдістері. Біз барлық обсервациялық зерттеулерді және рандомизацияланған бақылаудағы зерттеулерді, шолулар мен медбикелердің патронаждық жұмыстарына арналған мақалаларды қамтыдық. Іздестіру стратегиясы PubMed/Medline және Google Scholar сияқты мемлекеттік, ағылшын және орыс тілдеріндегі дерекқорларда кең ауқымды іздестіру жүргізілді. Іздестіруде мынадай түйінді сөздер пайдаланылды: патронаж, патронаж мейіргерлер, ерте жастағы балалар, белсенді бару, күтім.

Нәтижелер. Зерттеуге PubMed/Medline және Google Scholar көмегімен 112 мақала іріктеп алынды, абстрактілі бағалау және толық мәтінді бағалау кезінде зерттеуге сәйкес келмейтін мақалалар алынып тасталып, барлығы 38 мақала зерттеуге қосылды. Зерттеу нәтижесінде Қазақстан мен әлемнің басқа да елдеріндегі ерте жастағы балаларға көрсетілетін патронаждық қызметіне әдеби шолу жүргізілді. Әр елдегі ерте жастағы балаларға көрсетілетін патронаждық қызметінде бірқатар ерекшеліктері бар болғанымен, патронаждық қызметінің бағыттарында ұқсастықтар бар екені анықталды.

Қорытынды. Әлемде және Қазақстанда медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсетуінде ерекшеліктері болғанымен барлық елде де патронаж мейіргерлер баланың жағдайын, өмір сүру жағдайын қадағалайды және оның денсаулығын бақылайды, қажетті тексерулер жүргізеді, сондай-ақ бала мен отбасына психологиялық қолдау көрсетеді.



Шаштыгарина
Дана Муратбековна
e-mail: dana_02.11@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
23.04.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
03.06.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

Heizgi sözder: патронаж, патронаждық мейіргерлер, ерте жастағы балалар, белсенді үйге бару, күтім

Features of Patronage Services for Young Children at the Primary Health Care Level

D.M. Shashtygarina, S.T. Tazhbenova, M.K. Taushanova, Zh.A. Dostanova, A.M. Kuanai

Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Maternal and child health is a global priority, particularly concerning maternal and child mortality and the protection of socially disadvantaged populations. At the primary health care level, patronage services involve additional active visits based on an individualized plan for children identified as having medical or social risks threatening their life, health, development, or safety. This study explores the organization of patronage control for newborns and young children, based on a universal progressive model aimed at identifying and mitigating risks, as well as reducing the number of mandatory visits for families without identified risks.

Purpose. The study explores the features of patronage services for young children in primary health care both in Kazakhstan and internationally.

Methods. This review included observational studies, randomized controlled trials, reviews, and articles related to nursing patronage work. A comprehensive search was conducted across state, English, and Russian language databases such as PubMed/Medline and Google Scholar. Keywords used included patronage, nursing, early childhood, active visitation, and care. The search strategy involved combining terms with logical operators and conducting manual searches for additional references in the reference lists of relevant articles.

Results. Out of 112 articles initially identified, 38 were included after abstract and full-text evaluation. The review highlights patronage activities provided to young children in Kazakhstan and other countries. Despite some differences in patronage services, commonalities were observed in the areas of service provided.

Conclusion. While there are specific features of children's patronage services in Kazakhstan, patronage nurses play a crucial role in monitoring the children's condition and living environment, conducting necessary examinations, and providing psychological support to both the child and family.

Keywords: patronage, visiting nurses, children, active visits, care

Особенности патронажного обслуживания детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи

Д.М. Шаштыгарина, С.Т. Тажбенова, М.К. Таушанова, Ж.А. Достанова, А.М. Қуанай

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Актуальность. Как всем известно, во всем мире на первом месте стоят вопросы охраны здоровья матери и ребенка. В частности, это вопросы материнской и детской смертности и защиты социально неблагополучных слоев населения мира. Патронаж на уровне первичной медико-санитарной помощи предусматривает введение дополнительного активного посещения по индивидуальному плану детей, для решения которых выявлены угрозы медицинского или социального характера, угрожающие их жизни, здоровью, развитию и безопасности. В соответствии с этим, организация патронажного контроля новорожденных и детей раннего возраста проводится на основе универсальной прогрессивной модели с целью выявления и снижения рисков, а также снижения количества обязательных посещений семей без риска.

Цель исследования. Изучение особенностей патронажного обслуживания детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи в мире и Казахстане.

Методы исследования. Мы включили все обсервационные исследования и рандомизированные контролируемые исследования, обзоры и статьи, посвященные патронажным работам медсестер. Стратегия поиска в базах данных на государственном, английском и русском языках, таких как PubMed/Medline и Google Scholar, был проведен обширный поиск.

Результаты. В ходе данного исследования было отобрано 112 статей с помощью PubMed/Medline и Google Scholar, при абстрактной оценке и полнотекстовой оценке были исключены статьи, не соответствующие исследованию, и в общей

сложности 38 статей были включены в исследование. В результате исследования был проведен литературный обзор патронажной деятельности, оказываемой детям раннего возраста в Казахстане и других странах мира.

Заключение. Несмотря на особенности патронажного обслуживания детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи в мире и Казахстане, во всех странах патронажные медсестры контролируют состояние, условия жизни и состояние здоровья ребенка, проводят необходимые обследования, а также оказывают психологическую поддержку ребенку и семье.

Ключевые слова: патронаж, патронажные медсестры, дети раннего возраста, активные посещения, уход

Кіріспе

Патронаж – бұл медицина қызметкерлерінің жаңа туған нәрестенің патронажы, жүкті әйелдің, босанатын әйелдің, диспансерлік науқастың патронажы сияқты профилактикалық және ақпараттық іс-шараларды үйде жүргізуі [1]. «Әмбебап прогрессивті патронаж моделі» термині әмбебап, сондай-ақ мақсатты модельдің артықшылықтарын, олардың шектеулерін ескере отырып және балаларға күтім жасаудың барынша тиімділігін қамтамасыз ете отырып, біріктіреді. Ерте жастағы балаларға арналған патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап прогрессивті моделі – бұл белгілі бір жас кезеңдерінде жүкті әйелдер мен балаларға патронаждық мейіргердің және әлеуметтік қызметкерлердің әртүрлі «үй сапарларын» өткізу жүйесі [2]. Бұл модельді Біріккен ұлттар ұйымы (БҰҰ) Балалар қоры (ЮНИСЕФ) баланың денсаулығына, өмірі мен дамуына қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қатерлерді анықтау және азайту, сондай-ақ қатері жоқ отбасыларға міндетті түрде бару санын азайту мақсатында ұсынды. Патронаждық бақылаудың жаңа моделінің 2 тәсілі бар, бұл патронаждың әмбебап және прогрессивті түрі. Әмбебап немесе міндетті патронаждық бақылау және отбасына бару барлық жүкті әйелдер мен 5 жасқа дейінгі балаларға беріледі және жүкті әйелге босанғанға дейінгі 2 патронаждан тұрады: жүктіліктің 12 аптасына және 32 аптасына дейінгі мерзімде және барлық жүкті әйелдерді бақылаудың жалпы схемасы бойынша балаларға 9 рет қаралу, жаңа туған нәрестелер мен 5 жасқа дейінгі балаларды медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде үйде және медициналық ұйымдарда қабылдауда дәрігер немесе фельдшер және орта медицина қызметкері қабылдайды. Ал, прогрессивті тәсіл жүкті әйелдер мен 5 жасқа дейінгі балаларды патронаждаудың әмбебап-прогрессивті моделінің схемасы бойынша олардың өміріне, денсаулығына, дамуына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қатерлер анықталған жүкті әйелдер мен балаларды патронаждық бақылауды көздейді [3].

Мақсаты

Бұл мақаланың мақсаты әлемдегі және Қазақстандағы медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсету ерекшеліктерін зерттеу.

Материалдар мен әдістер

Біз барлық обсервациялық зерттеулерді және рандомизацияланған бақылаудағы зерттеулерді, шолулар мен медбикелердің патронаждық жұмыстарына арналған мақалаларды қамтыдық. Іздестіру стратегиясы PubMed/Medline және Google Scholar сияқты ағылшын және орыс тілдеріндегі дерекқорларда кең ауқымды іздестіру жүргізілді. Іздестіруде патронаж, патронаж мейіргерлер, ерте жастағы балалар, белсенді бару, күтім деген түйінді сөздер пайдаланылды.

Зерттеуде «Қазақстан Республикасында педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің (ҚР ДСМ) 2022 жылғы 15 наурыздағы №25 бұйрығы, сондай-ақ «Алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде жүкті әйелдер мен жас балаларға патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап прогрессивті моделі» атты медициналық ұйымдарда алғашқы медициналық-санитарлық көмекті енгізуге арналған әдістемелік ұсыным қолданылды. Іздеуді кеңейту үшін іздеу сөздері мен сөз тіркестері логикалық операторлардың көмегімен біріктірілді.

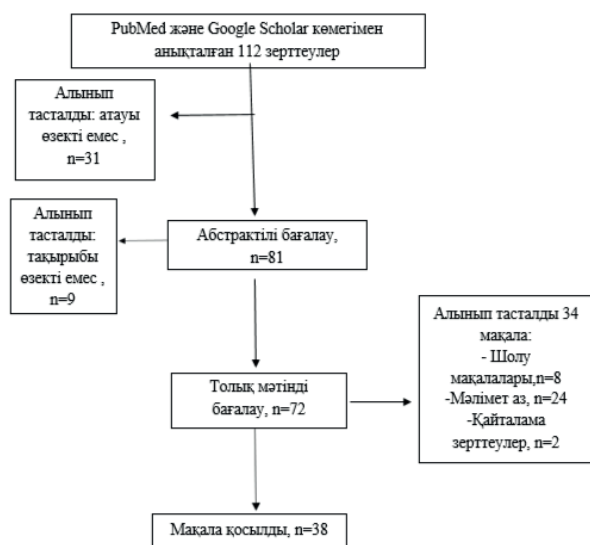
Нәтижелері

Әдеби шолуға PubMed/Medline және Google Scholar көмегімен 112 мақала алынды, оның ішінде 31 мақаланың атауы өзекті болмауына байланысты зерттеуден алынып тасталды (суретте). Абстрактілі бағалау кезінде 81 мақаланың ішінен тақырыпқа сәйкес келмейтін 9 мақаланы зерттеуге қоспадық, әрі қарай толық мәтінді бағалауда 72 мақала зерттелді. 72 мақаланың ішінде 8 мақала шолу мақалалары, 24 мақала мәліметтердің жеткіліксіздігінен және 2 мақала қайталама зерттеулер болғандықтан алынып тасталды. Нәтижесінде 38 мақала мен баспалар зерттеуге алынып, толық талданды. Жалпы әдеби шолуға 8 Қазақстандық және 30 шет елдік мақалалар қосылды.

Зерттеу нәтижесінде Қазақстан мен әлемнің басқа елдеріндегі ерте жастағы балаларға көрсетілетін патронаждық қызметіне әдеби шолу жүргізілді. Әр елдегі ерте жастағы балаларға көрсетілетін патронаждық қызметінде бірқатар ерекшеліктері бар болғанымен, патронаждық қызметінің бағыттарында ұқсастықтар бар екені анықталды.

Әлеуметтік, әлеуметтік-педагогикалық патронаж, сондай-ақ, балаларға үйге барып патронаж жасаудағы патронаж мейіргерлерінің ролі мен қызметі зерттелді. Зерттеуде әлемде және Қазақстанда ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсету саласындағы көптеген мәселер бар екендігі анықталды. Осы мәсе-

лелерді оңтайлы шешу үшін Қазақстанда медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде жаңа әмбебап-прогрессивті патронаждық моделі енгізілген. Жаңа патронаждық қызметтің ұйымдастырылуына зерттеу жүргізілді.



Сурет. Зерттеудің блок-схемасы

Талқылаулар

Әлемде әйелдер мен балалардың денсаулығын сақтау проблемасы бірінші орында тұр, атап айтқанда бұл – ана мен бала өлімі және әлем халқының әлеуметтік қолайсыз топтарын қорғау мәселелері. Осыған байланысты Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) 2016-2030 жылдарға арналған әйелдер мен балалардың, жасөспірімдердің денсаулығын қорғаудың жаһандық стратегиясын іске қосты, ол үш негізгі мақсатты көздейді: «аман қалу, өркендеу және өзгерту» [4]. Үйдегі патронаж осы проблемаларды шешу үшін олардың өміріне, денсаулығына, дамуына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қатерлер анықталған балаларға жеке жоспар бойынша қосымша белсенді баруды енгізуді көздейді [5]. Осыған сәйкес, жаңа туған нәрестелер мен ерте жастағы балаларды патронаждық бақылауды ұйымдастыру тәуекелдерді анықтау және азайту, сондай-ақ тәуекелі жоқ отбасыларға міндетті бару санын азайту мақсатында әмбебап прогрессивті модель негізінде жүргізіледі [6].

Патронаж бағдарламасы бүкіл әлемде өте өзекті. Мысалы, Біріккен Корольдікте (Ұлыбритания) медициналық орталыққа келушілер 0-ден 5 жасқа дейінгі балаларға балалардың денсаулығын қорғауды қамтитын денсаулықты нығайту жөніндегі әмбебап қызметті ұсынады [7].

Израильде педиатриялық және профилактикалық медициналық қызметтер ерте жастағы балаларға арналған ана мен бала денсаулығын қорғаудың мамандандырылған клиникаларында (МСНС) ұсынылады. МСНС орталығы сәбилер мен мектеп жасына дейінгі балаларға (0-6 жас) тегін әмбебап медициналық көмек

көрсетеді. Бұл қоғамдық клиникалар дамуды бақылауды, өсу мониторингін және балаларды жоспарлы егуді қамтамасыз етеді. Отбасыларға тамақтану, балаларды тәрбиелеу және балалардың қауіпсіздігі сияқты тақырыптар бойынша алдын ала басшылық ұсынылады. Сондай-ақ ананың босанғаннан кейінгі депрессиясына және отбасындағы зорлық-зомбылыққа скрининг жүргізіледі [8].

Жаңа Зеландияда патронаждық мейіргерлерді планкеттік мейіргерлер деп атайды. Бұл мейіргерлер негізінен тұрғылықты жері бойынша жаңа туған нәрестелердің отбасыларымен және мектеп жасына дейінгі балалармен жұмыс істейді. Олардың жұмысы баланың денсаулық жағдайын бақылау деп аталады және ол әдетте планкет мейіргері мен баланың анасы арасындағы тұрақты қарым-қатынастар тұрғысынан үйде және клиникаларда орындалатын дағдылы және мәселесіз тәжірибелерді қамтиды деп есептеледі [9].

Бразилиядағы бастапқы медициналық-санитарлық көмек көрсетуде денсаулық жағдайын эпидқадағалау моделі отбасы денсаулығын сақтау стратегиясы шеңберінде күтім жасау моделіне енгізілген. Мейіргер жаңа туған балаларға және мектепке дейінгі жастағы балаларға үйде қарайды. Осылайша, осы кезеңде мейіргер үйді, қоршаған ортаны, отбасын, отбасы жағдайларын, ана мен бала өтетін жағдайларды көре алады [10].

Финляндияда балалар емханалары мен мектептегі денсаулық сақтау муниципалдық медициналық-санитарлық алғашқы көмектің бір бөлігі болып табылады. Ондағы медициналық тексерулердің мақсаты – баланың салауатты өсуі мен дамуына ықпал ету және бүкіл отбасының әл-ауқатын қолдау. Екінші мақсат балалар мен ата-аналар тарапынан барынша ерте кезеңде қолдау қажеттілігін анықтау және оған мұқтаж адамдарға қолдау көрсету болып табылады. Финляндиядағы қоғамдық денсаулық сақтау мейіргері баламен және оның отбасымен бала өмірінің алғашқы 6 жылында кемінде 15 рет тұрақты медициналық тексерулер кезінде кездеседі [11]. Оған қоса, Финляндияда отбасылар балалар медициналық клиникаларынан қолдау алады. Дегенмен, олардың кейбіреулері балаларының эмоциялары, мінез-құлқы және психоәлеуметтік дамуы проблемаларын шешуде қосымша көмекті қажет етеді. Мейіргерлер отбасыларға өмірлік маңызды психоәлеуметтік қолдау көрсетуде маңызды рөл атқарады, бірақ кейде мейіргерлерге психикалық денсаулық проблемаларын шешу үшін сенімділік пен құзыреттілік жетіспейді. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек шеңберінде психоәлеуметтік проблемаларды шешуге қажеттілік артады және бұл үшін мейіргерлерге қосымша қолдау мен құралдар қажет болатын кездер кездеседі [12].

Австралияның қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінде акушерлер босанған әйелдерге күтім жасауда, ал ана мен бала денсаулығын қорғау мейіргерлері бала туғаннан бастап мектеп жасына дейінгі балалары бар отбасыларға күтім жасауда маңызды рөл атқарады [13]. Онда әлеуметтік, экономикалық саладағы және

денсаулық сақтау қызметтерін басқарудағы кең таралған өзгерістерді ескере отырып, тұрғылықты жері бойынша балалардың денсаулығын қорғаумен айналысатын немесе осы салада мансапты жоспарлайтын мейіргерлер үшін өз рөлін нақты айқындау маңызды болды [14].

Ирландияда патронаждық мейіргердің рөлі өте маңызды. Олар босанғаннан кейін бес күннен соң сәбилерге барады, аналар мен сәбилерді тексеруді, денсаулықты нығайту мәселелері бойынша түсіндіру жұмыстарын және олармен тамақтандыру сияқты кез келген мәселелерді талқылауды қамтиды. Сәбилерді үйде қарау және кішкентай балалары бар отбасылардың осал және әлеуметтік әлсіз топтарына барумен айналысады. Бірақ, мұндай сапарлар медицина қызметкерлерінің уақытын көп талап етеді [15]. Алайда, Ирландияда балаларды қорғау мәселесіне көп көңіл бөлінген. Балаларды қорғау мәселелеріне өзге елдердің ықпалына қарамастан, хаттамалар мен рәсімдерді жеңілдететін ерекше жолдары арқалы жоғары деңгейде дамыған [16].

Патронаждық қызметтің бүкіл әлемде жүргізілуінің бірден бір себебі балаларға деген қатыгездік пен зорлық-зомбылық. Оған дәлел, Швециядан келген мейіргерлердің айтуынша, көбіне ең кішкентай және ең осал балалар қатерге ұшырайды, бірақ 0-ден 4 жасқа дейінгі балалар арасында қатыгездік қаупі 5-14 жастағы балаларға қарағанда екі есе жоғары және жағдайлардың жетпіс пайызы үш жасқа дейінгі балаларда кездеседі дейді. Мұндай жоғары таралуына қарамастан, балаларға қатыгездікпен қарау жиі жасырын болады және ол туралы көп жағдайларда хабарланбайды. Балаларға қатыгездікпен қараудың көп бөлігін оның себептері мен тәуекел факторларын жоюға бағытталған бағдарламалардың көмегімен алдын алуға болады. Жиі анықтайтын отбасымен байланысты тәуекел факторлары ата-аналардың немесе ата-аналардың біреуінің алкогольді және есірткіні теріс пайдалануын, кедейшілікті, босану тарапынан зорлық-зомбылықты, психикалық денсаулық проблемаларын және балаларға салдарын тигізетін ата-аналардың күшті күйзелісін қамтиды. Бұл проблемаларды ата-аналардан анықтау және оларды жою жөнінде қызмет көрсету, әсіресе ата-аналарды қолдаудың әртүрлі бағдарламаларымен үйлестіре отырып, балаға қатыгездік жасау қаупін төмендетуі мүмкін [17]. Онда патронаждық мейіргерлер балалармен қатыгез қарым-қатынасты оңай анықтай алады, өйткені олар бала туған сәттен бастап мектеп жасына дейін балаларды және олардың ата-аналарын толық бақылайды. Отбасына бағытталған мұндай тәсіл балалардың мүдделеріне сай келеді деп болжанған. Балалармен қауіп-қатер топтары анықталған немесе күдікті деп саналған отбасылармен кездесулер мейіргерлерге әртүрлі әсер етті [18]. Алайда, Швеция балалардың денсаулығын сақтау бойынша жақсы статистикаға қарамастан, швед балаларының психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты туралы деректер аз және денсаулық сақтау жүйесінде

тұрақты негізде көп жағдайда жинақталмайды [19]. Швецияда ғана емес Жапонияда да балаларға қатыгез қарау және балалар үшін жеткіліксіз жағдайлар жиі кездеседі. Жапониядағы ана мен бала денсаулығын сақтауға келер болсақ, оларда аналар мен балалардың психикалық денсаулығын сақтау, сондай-ақ қатал қарым-қатынас пен тұрғын үй жағдайларын қоса алғанда, отбасы проблемаларына ертерек назар аударуға бағытталған шаралары қабылданады. Балалы отбасыларды кешенді қолдау орталықтары және босанғаннан кейінгі күтімнің жаңа бағдарламалары сияқты қажетті қызметтер құрылды. Ана мен бала денсаулығын сақтау саласында жұмыс істейтін дәрігерлердің, мейіргерлер мен акушерлердің құзыреттілігін одан әрі арттыру және қоғамдастықта жедел ынтымақтастық жүйесін құру қажет екендігі анықталған [20].

Қырғызстандағы ерте жастағы балалардың патронажының әртүрлі кемшіліктері бар. Мысалы: үй іс-сапарлары туралы отбасылардың хабардар болмауы, көліктегі проблемалар, кадрлардың жетіспеушілігі, мамандардың отбасылармен сенімді байланыстар орнату бойынша құзыретінің болмауы, патронаждық мейіргерінің функционалдық міндеттері туралы түсініксіз түсінік және міндеттердің біркелкі бөлінбеуі [21]. Бұл мәселелерді шешу әр елде әртүрлі деңгейде шешімін табуда. Сол секілді, Беларусь пен ЮНИСЕФ әріптестерімен бірге ата-аналар мен балаларға күтім жасайтын басқа да адамдар балаларына жақсы қамқорлық жасауы үшін, сондай-ақ отбасылық ортада қауіпсіз және қолдаушы ортаны қамтамасыз ету үшін жұмыс істейді. Ал, Әзірбайжанда «Патронаж қызметтерін нығайту» бағдарламасы ауқымды оқытудан басталды, оған 120 медбике мен педиатр қатысты. Осы бағдарламаның нәтижесінде Әзірбайжандағы екі мыңнан астам отбасы мен бала патронаждың жаңа моделін пайдаланды. Бүгінгі таңда балаларға патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап-прогрессивті моделі Қазақстан мен Өзбекстанда енгізілді. Ал Қырғызстан және Әзірбайжанда ЮНИСЕФ қолдауымен балалардың құқықтарын қорғау, олардың ерте дамуы, ана мен бала денсаулығы мәселелері және басқа да проблемалар бойынша жаңа жобалар іске асырылуда [22].

Қазақстандағы өзекті мәселе – әйелдер мен балалардың денсаулығын сақтау, ана мен бала өлімін азайту мәселелері. Осыған байланысты Қазақстан Республикасында өзекті міндет қойылды, бұл медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде әмбебап-прогрессивті патронаждық модельді енгізу [4]. «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы аясында балалар мен аналар денсаулығының, дамуының және әл-ауқатының көрсеткіштерін жақсартудың тиімді жүйесі үшін патронаждық қызметтің әмбебап прогрессивті моделі енгізілді [2].

Қазақстан Республикасындағы жүкті әйелдер мен балаларға патронаждық қызмет көрсету жүйесіне және ДДҰ және БҰҰ Балалар қоры (ЮНИСЕФ) ұсынған жүкті әйелдер мен ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап прогрессивті моделін

енгізуге пилоттық жобаны ҚР ДСМ ЮНИСЕФ қолдауымен 2015 жылдың екінші жартысында жүзеге асырды [23]. Бұл жолдағы алғашқы қадам 2016 жылы Қызылорда және Атырау облыстарындағы екі емханада, 2017 жылы Ақтау облысында жаңа патронаждық модельді енгізу жөніндегі пилоттық жобалар болды [24]. Содан кейін, 2018 жылдан бастап Қазақстанның барлық облыстарына енгізілді [23].

Бірінші кезеңде құрамында медициналық-санитарлық алғашқы көмек мамандары: патронаждық мейіргерлер, әлеуметтік қызметкерлер және жалпы практика дәрігерлері бар мультидисциплинарлық команда құрылды. Пилоттық жоба аталған модельдің тиімділігін дәлелдеді, осылайша пилоттық учаскелерде басқарылатын себептерден балалардың өлім-жітімі төмендеді. Патронаждық мейіргерлердің білім деңгейі мен құзыреті артты, осыған байланысты халықтың денсаулық сақтау қызметтеріне қанағаттану деңгейі артты.

Екінші қадам осы жаңа үлгідегі медициналық колледждер мен университеттердің оқытушы-жаттықтырушыларын жаттықтырушылар курстарында оқыту болды. Медициналық-санитарлық алғашқы көмек қызметкерлерін бүкіл Республика бойынша одан әрі оқыту және алынған білімді кейіннен практикаға енгізу қажеттілігі бар [24]. Сондай-ақ, статистикалық деректер бойынша босанғаннан кейін бірнеше апта ішінде медицина қызметкерлерінің үйге келіп тексеруі денсаулық проблемаларының созылмалы түрге өтуін болдырмайды, бұл әйелдерге, балаларға және олардың отбасыларына ұзақ мерзімді әсер етеді [25].

Қазақстанда, сондай-ақ Орталық және Шығыс Еуропа елдерінде өткізіліп жатқан ЮНИСЕФ зерттеулері патронаждық қызмет дене денсаулығы мен медициналық проблемаларға дұрыс бағытталмағанын, бала мен отбасының жеке ерекшеліктері ескерілмейтінін көрсетті. Балаларға көп реттік барулар мен аз уақыттық тексерулер патронаж сапасының нашарлауына әкеледі. Осының нәтижесінде бағдарламада сапа төмендеп, үйлерге бару саны ғана өсті. Бұл отбасының патронаждық мейіргерлеріне деген сенімсіздігіне әкеледі. Учаскелік мейіргерлерде әлеуметтік қателіктерді анықтау дағдылары да жоқ. Патронаждық сапарлар кезінде аурулардың, жарақаттардың, жазатайым оқиғалардың, қатыгездікпен қараудың және зорлық-зомбылықтың бастапқы профилактикасына, баланың физикалық, психоәлеуметтік және эмоционалдық даму траекториясын бұзатын қатерлерді ерте анықтауға бағытталған негізгі мақсаттарға қол жеткізілмейді [26]. Осы секілді көптеген мәселелер әлі де шешімін табу үстінде.

Патронаждық қызметтің көптеген пайдалы қызметтері бар. Мысалы, патронаждық қызмет барысында психологиялық, білім беру және басқа да көмек түрлерін жүзеге асыруға болады. Жалпы, патронаж технологиясы отбасымен алдын ала кездесуге дайындықтан және мақсаттар қоюдан және өзін таныстыру кезеңдерінен тұрады, сондай-ақ мейіргердің кеуде белгісінің не визитканың болуы маңызды. Оның үстіне, маңызды тұстардың бірі - қызметкердің жеке

қауіпсіздігін қамтамасыз ету, содан кейін отбасы мүшелеріне сапардың мақсаты туралы таныстыру және хабарлау жүргізіледі. Балаларды үйлеріне барып тексеріп, қадағалау шамамен 20-30 минутты алады [27].

Үйде болуды бақылауды бөлімше меңгерушілері және аға мейіргерлер жүзеге асырады. Екіншіден, учаскелік желі патронаждық бақылау іс-шараларының жеке жоспарын дайындады. Тағы бір айта кетерлігі, тәуекел тобындағы балаларға әлеуметтік және психологиялық көмек көрсету бойынша әлеуметтік қызметкерлер мен психологтардың рөлі. Үшіншіден, жүктілігіне байланысты есепке алынған жүкті әйелдердің тізімін учаскелік қызметтің босанғанға дейінгі патронажын жүзеге асыру үшін гинекологиялық бөлімше ұсынады [3]. Ал, патронаждық мейіргерлерінің бірегей міндеті – отбасының қажеттіліктерін қанағаттандырып, оның мүмкіндіктерін кеңейте отырып, баланың күтіміне деген қажеттіліктерін ескеру және басымдықтарды белгілеу болып табылады. Патронаждық мейіргердің міндеттерін 6С мысалында көрсетуге болады. Олар: С – caring – қамқорлық, compassion – мейірімділік, competence – құзыреттілік, communication – коммуникация, courage – батылдық, commitment – мақсаткерлік. Олар күтімнің негізінде болып, мейіргерлерге уақыттың жетіспеушілігі, өткір жағдайлар немесе отбасының алаңдаушылық сияқты қиындықтарды еңсеруге мүмкіндік беруі тиіс [28].

Сапасы жоғары және кеңінен қамтылған кезде босанғаннан кейінгі кезеңде мейіргердің қызметі қысқа мерзімді бағдарламасы балаларға қатыгездікпен қараудың және ерте балалық шақта шұғыл медициналық көмекке жүгінудің популяциялық көрсеткіштерін төмендетуі мүмкін [29]. Мейіргер тұлғасындағы медицина қызметкері отбасындағы әлеуметтік жағдайларды барабар бағалай алады және ата-аналар тарапынан балаларға қатысты зорлық-зомбылықтың алдын ала алады. Патронаж қызметін дұрыс ұйымдастыру емхана аумағында нәрестелер мен балалар өлімін төмендетуге мүмкіндік береді [3].

Әлеуметтік патронаж – бұл қауіпті және аса қиын дағдарысты жағдайға тап болған, оны өз бетінше еңсеру қабілетінен айрылған немесе оны еңсеру қабілеті жоқ отбасылар мен балаларға ұзақ мерзімді негізде көрсетілетін жеке атаулы қолдау нысаны мен қажетті қызметтер жиынтығы. Жұмыстың мұндай нысанының мәні оның жүйелілігінде, кешенділігінде және жекелендірілуінде жатыр [27].

Соңғы уақытта шетелдік және отандық зерттеушілерді зерттеу пәні отбасы, көбінесе оның ауытқыған мінез-құлқы болып отыр. Қазіргі кезеңде отбасы тұрмыс деңгейінің төмендеуінен, ажырасулар санының күрт ұлғаюынан, бала туудың төмендеуінен және баланың толыққанды жеке басын қалыптастыру мүмкіндігінен көрініс табатын дағдарыстық жағдайда тұр. Ғылыми педагогикалық әдебиетте «отбасылық қолайсыздық» ұғымының нақты анықтамасы жоқ. Сондықтан көптеген дереккөздерді қарай отырып, осы ұғыммен қатар «деструктивті отбасы», «дисфункционалды отбасы», «үйлесімсіз отбасы», «қауымдасқан

отбасы» және «әлеуметтік қауіпті жағдайдағы отбасы» сияқты ұғымдарды кездестіруге болады [30].

Отбасы мүшелерінде психологиялық-педагогикалық, әлеуметтік, құқықтық немесе басқа да сипаттағы қандай проблемалар туындаса да, олар бүкіл отбасын қамтиды, түрлі әлеуметтік-психологиялық құбылыстарды қалыптастырады, оларды нығайтады немесе көбінесе бұзады. Мәселен, әлеуметтік патронаж – отбасында баланың тұлғасын жан-жақты дамыту үшін оңтайлы жағдайлар жасауға бағытталған отбасымен тығыз өзара іс-қимылдың түрі, өйткені оның қойнауында әлеуметтік бейімсіздіктің, қадағалаусыздықтың, құқық бұзушылықтың және балалардың девиантты мінез-құлқының басқа да нысандарының себептері жатыр. Әлеуметтік патронажға қойылған отбасымен жұмыс қажетті ақпаратты жинаудан: отбасының материалдық және тұрғын үй-тұрмыстық жағдайларын тексеруден, мұғалімдермен және учаскелік дәрігермен, туыстарымен және көршілерімен қарым-қатынастан басталады. Толық емес отбасылардың әлеуметтік патронажы тұрақты әлеуметтік қадағалауды, патронаждалатын отбасы мамандардың әртүрлі көмек көрсетуі үшін оларға үйден тұрақты баруды қамтиды. Бұл ретте әлеуметтік патронажды жүзеге асыратын учаскелік мамандар қызметінің негізгі мақсаты дағдарыстық жағдайды еңсеруге және отбасының әлеуметтік мәртебесін қалпына келтіруге кешенді көмек көрсету болып табылады [31].

Әлеуметтік-педагогикалық патронаждың негізгі функцияларына коммуникативтік, ұйымдастырушылық, болжамдық және қорғау, диагностикалық, профилактикалық, түзету-оңалту жатады. Отбасының өмірлік қиын жағдайларға тап болатын жағдайлары анықталды. Тұрмысы нашар отбасылармен әлеуметтік жұмыс жөніндегі мамандар мен педагогтар жұмыс істейді. Мамандар кәсіптік емес мамандар тұратын қолайсыз отбасыларды анықтауға бағытталған әлеуметтік патронажды жүзеге асырады, баланың дамуы мен өмір сүру жағдайларын қамтамасыз ету үшін олармен ынтымақтасады. Отбасында баланың дамуы үшін қолайлы жағдай жасау үшін маманның отбасымен жұмыс істеуі қажет. Маман жұмысының тиімділігі оның нәтижелілігіне байланысты, атап айтқанда алға қойылған мақсаттарға, міндеттерге және жоспарланған нәтижелерге қол жеткізу дәрежесі жоғары. Әлеуметтік жұмыс жөніндегі маманның күнделікті практикалық қызметі клиенттің жеке ерекшеліктеріне сәйкес әзірленетін және клиенттің өмірлік қиын жағдайының ерекшелігіне негізделетін әдістердің, жеке техникалардың көмегімен нақты адамның және оның отбасының өмірін жақсартуға көмектеседі. Маманның жұмысы жай ғана төмен деңгейде емес, тиімді орындалуы тиіс [32].

Мейіргерлердің үйге барулары балалар мен аналардың денсаулығын сақтау саласындағы теңсіздікті жою үшін кеңінен қолданылады [33]. Патронаждық мейіргерлер ата-аналарға кәсіби қолдау көрсетуде негізгі позицияны алады. Халықаралық зерттеулер көрсеткендей, ата-аналар кәсіби ақпарат алу үшін патронаж-

дық мейіргерлерге жүгінеді, әсіресе олар проблемалармен бетпе-бет келсе немесе қауіп төндірсе болады. Сондай-ақ, ата-аналар мейіргерлерден де эмоционалды қолдау күтеді [34]. Үй дербестікке, құқықтар мен мүмкіндіктерді кеңейтуге және адамдардың өмір сүру сапасын жақсартуға ықпал ете отырып, жеке адамның да, отбасының да денсаулық проблемаларын анықтау, бағалау, қолдау және бақылау үшін тамаша орын болып табылады [35]. Үйде күтім жасайтын мейіргерлер халықтың осал топтарына үйде күтім жасаудың негізгі бағдарына айналды. Пациенттердің үйлерінде олар балаларға да, олардың отбасыларына да кешенді және үздіксіз күтім жасауды ұсынады [36]. Үйге барып қызмет көрсету мейіргер мен ананың қарым-қатынасының табысқа жетуінің кілті ретінде қарастырылды, мейіргерлердің пікірі мен көрсеткіші бойынша, егер олар тұрғылықты жерін көрмесе, олардың аналарымен өзара түсіністігі бұзылатын еді. Шынында да, отбасыға бару арқылы мейіргерлер бұл адамның қайда екенін, оның қандай қолдауы бар екенін және серіктесімен қарым-қатынасы қандай екенін, егер серіктес болса, онда қандай басқа балалар мен өмірлік жағдайлар бар екенін біледі. Егер ата-аналар жылына бір рет балаларымен клиникаға келсе, ал мейіргерлер ата-аналарын ешқашан көрмеген болса, не болатынын білмейді, оларда мүлдем отбасы туралы пікір, көрініс пен ойда болмайды. Үйге барып балалармен және отбасымен жұмыс жүргізу – жұмыстың ең маңызды кезеңі [8]. Көптеген елдерде мұндай отбасылардың үйлеріне үнемі бару сәбилер мен мектеп жасына дейінгі балалар мен олардың ата-аналарының көпшілігін қамтиды және осылайша, психоәлеуметтік қауіп-қатер факторларын анықтау үшін көптеген мүмкіндіктер береді [37]. Мейіргер мен отбасының серіктестігі – бұл әлеуметтік-экономикалық қолайсыздықты бастан кешіріп отбасы мен балаға, ата-анаға көмек көрсететін жүйесі.

Осылайша, Финляндия, Израиль, Жаңа Зеландия, Бразилия, Австрия елдерінде патронаждық қызмет 0-6 жасқа дейін балаларға, яғни туғаннан бастап мектеп жасына дейінгі балаларға, ал Ұлыбританияда, 5 жасқа дейінгі балаларға медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсететін медициналық мекемелерде, клиникаларда, үй жағдайында және мектеп жасына дейінгі мекемелерде көрсетіледі.

Швеция мен Жапониядағы негізгі патронаждық көмек балалардың психикалық денсаулық жағдайына, отбасындағы әлеуметтік және зорлық-зомбылық мәселелерін шешуге бағытталғандығы айтылған.

Сондай-ақ, Қазақстанда енгізілген жаңа әмбебап-прогрессивті патронаждық моделдің жұмысы перзентханадан шыққаннан кейін алғашқы тексеру жүргізу, нәрестені күту дағдыларына анасын үйрету, баланың жасына сай дамуын қадағалау, отбасылық жағдайын тексеру, эмоционалдық және психологиялық көмек көрсетуге бағытталған.

Қорытынды

Қорытындылай келе, Әлемде және Қазақстанда медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көр-

сетуінде ерекшеліктері болғанымен барлық елде де патронаж мейіргерлер баланың жағдайын, өмір сүру жағдайын қадағалайды және оның денсаулығын бақылайды, қажетті тексерулер жүргізеді, сондай-ақ бала мен отбасына психологиялық қолдау көрсетеді.

Патронаж қызметін жақсарту үшін әлеуметтік команда мамандары мен патронаж мейіргерлерінің өзара іс-қимыл алгоритмін әзірлеуге, мамандарға от-

басымен байланыс орнату және отбасының жағдайын дұрыс бағалау бойынша семинарлар ұйымдастыруға, әлеуметтік қызметкерлердің функционалдық міндеттерін жазуға болады. Ерте жастағы балалардың патронажы даму сатысында және іс-қимылдарды жақсартуды нақты ұйымдастыру мен әзірлеуді талап етеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Қазақстан Республикасында педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 15 наурыздағы № ҚР ДСМ-25 бұйрығы.
2. Бабаева БН, Ким НГ, Есимова ДГ, Суханбердиев КА, Тихонова ЛС. Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи: методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи. Астана; 2018:87.
3. Мусина ГА. Развитие патронажной службы на уровне первичного звена. *Journal of Health Development*. 2018;S2(27):62-62.
4. Уразова СН, Цай ЕМ, Аманбаева НА. Опыт внедрения новой программы патронажной модели на кафедре семейной медицины. *Биология и интегративная медицина*. 2021;S1.
5. McCarter D, Law AA, Cabullo H, Pinto K. Scoping Review of Postpartum Discharge Education Provided by Nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2022;51(4):377-387. doi: 10.1016/j.jogn.2022.03.002.
6. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed-methods systematic review. *Midwifery*. 2018;59:4-16. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.014.
7. Condon L, Driscoll T, Merrell J, Storey M, Thomas A, Mansel B, Snelgrove S. Promoting children's health when a parent has a mental health problem: a mixed methods study of the experiences and views of health visitors and their co-workers. *BMC Health Serv Res*. 2020;12(201):195. doi: 10.1186/s12913-020-5015-z.
8. Zimmerman DR, Verbov G, Edelstein N, Stein-Zamir C. Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges. *Isr J Health Policy Res*. 2019;78(1):23. doi: 10.1186/s13584-019-0287-7.
9. Wilson HV. Power and partnership: a critical analysis of the surveillance discourses of child health nurses. *J Adv Nurs*. 2001;36(2):294-301. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01971.x.
10. Yakuwa MS, Sartori MC, de Mello DF, Duarte MT, Tonete VL. Child Health Surveillance: nurses perspective. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):330-6:384-90. doi: 10.1590/0034-7167.2015680302i.
11. Poutiainen H, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examinations. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(2):225-34. doi: 10.1111/scs.12035.
12. Ristkari T, Mishina K, Lehtola MM, Sourander A, Kurki M. Public health nurses' experiences of assessing disruptive behaviour in children and supporting the use of an Internet-based parent training programme. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(2):420-427. doi: 10.1111/scs.12744.
13. Lau R, McCauley K, Barnfield J, Moss C, Cross W. Attitudes of midwives and maternal child health nurses towards suicide: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(6):561-8. doi: 10.1111/inm.12162.
14. Borrow S, Munns A, Henderson S. Community-based child health nurses: an exploration of current practice. *Contemp Nurse*. 2011;40(1):71-86. doi: 10.5172/conu.2011.40.1.71.
15. Philibin CAN, et al. The role of the public health nurse in a changing society. *Journal of advanced nursing*. 2017;66(4):743-752.
16. Phelan A, Davis M. Lessons Learned: Public Health Nurses Practice in Safeguarding Children in the Republic of Ireland. *Glob Pediatr Health*. 2015;2:2333794X15574087. doi: 10.1177/2333794X15574087.

Әдебиеттер тізімі:

1. Qazaqstan Respwblıkasında pediatriyalıq kömek körsetwdi uyımdastırw standartın bekitw twralı. Qazaqstan Respwblıkası Densawlıq saqtaw mınıstrınıń 2022 jılǵı 15 nawrıздаǵı № QR DSM-25 buyrǵı. [in Kazakh]
2. Babaeva BN, Kim NG, Esimova DG, Suhanberdiev KA, Tihonova LS. Universal'naya progressivnaya model' patronazhnogo obsluzhivaniya beremennyh zhenshchin i detej rannego vozrasta na urovne pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi: metodicheskie rekomendacii dlya vnedreniya v organizaciyah pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi. Astana; 2018:87. [in Kazakh]
3. Musina GA. Razvitie patronazhnoj sluzhby na urovne pervichnogo zvena. *Journal of Health Development*. 2018;S2(27):62. [in Russian]
4. Urazova SN, Caj EM, Amanbaeva NA. Opyt vnedreniya novoy programmy patronazhnoj modeli na kafedre semejnoy mediciny. *Biologiya i integrativnaya medicina*. 2021;S1. [in Russian]
5. McCarter D, Law AA, Cabullo H, Pinto K. Scoping Review of Postpartum Discharge Education Provided by Nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2022;51(4):377-387. doi: 10.1016/j.jogn.2022.03.002.
6. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed-methods systematic review. *Midwifery*. 2018;59:4-16. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.014.
7. Condon L, Driscoll T, Merrell J, Storey M, Thomas A, Mansel B, Snelgrove S. Promoting children's health when a parent has a mental health problem: a mixed methods study of the experiences and views of health visitors and their co-workers. *BMC Health Serv Res*. 2020;12(201):195. doi: 10.1186/s12913-020-5015-z.
8. Zimmerman DR, Verbov G, Edelstein N, Stein-Zamir C. Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges. *Isr J Health Policy Res*. 2019;78(1):23. doi: 10.1186/s13584-019-0287-7.
9. Wilson HV. Power and partnership: a critical analysis of the surveillance discourses of child health nurses. *J Adv Nurs*. 2001;36(2):294-301. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01971.x.
10. Yakuwa MS, Sartori MC, de Mello DF, Duarte MT, Tonete VL. Child Health Surveillance: nurses perspective. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):330-6:384-90. doi: 10.1590/0034-7167.2015680302i.
11. Poutiainen H, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examinations. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(2):225-34. doi: 10.1111/scs.12035.
12. Ristkari T, Mishina K, Lehtola MM, Sourander A, Kurki M. Public health nurses' experiences of assessing disruptive behaviour in children and supporting the use of an Internet-based parent training programme. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(2):420-427. doi: 10.1111/scs.12744.
13. Lau R, McCauley K, Barnfield J, Moss C, Cross W. Attitudes of midwives and maternal child health nurses towards suicide: A cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(6):561-8. doi: 10.1111/inm.12162.
14. Borrow S, Munns A, Henderson S. Community-based child health nurses: an exploration of current practice. *Contemp Nurse*. 2011;40(1):71-86. doi: 10.5172/conu.2011.40.1.71.
15. Philibin CAN, et al. The role of the public health nurse in a changing society. *Journal of advanced nursing*. 2017;66(4):743-752.
16. Phelan A, Davis M. Lessons Learned: public Health Nurses Practice in Safeguarding Children in the Republic of Ireland. *Glob Pediatr Health*. 2015;2:2333794X15574087. doi: 10.1177/2333794X15574087.

17. Engström M, Hiltunen J, Wallby T, Lucas S. Child Health Nurses' experiences of addressing psychosocial risk factors with the families they meet. *Acta Paediatr.* 2021;110(2):574-583. doi: 10.1111/apa.15492.
18. Dahlbo M, Jakobsson L, Lundqvist P. Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected. *J Child Health Care.* 2017;21(1):103-111. doi: 10.1177/1367493516686200.
19. Sampaio F, Ssegonga R, Nystrand C, Feldman I. Health, public sector service use and related costs of Swedish preschool children: results from the Children and Parents in Focus trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(1):43-56. doi: 10.1007/s00787-018-1185-1.
20. Morioka H, Watanabe H, Iwasa T, Kagami S, Irahara M. Prospects for maternal and child health in Japan. *J Med Invest.* 2022;69(3.4):159-164. doi: 10.2152/jmi.69.159.
21. Мусаева НК. Домашнее визитирование в практике социальной работы с семьей в трудной жизненной ситуации. *Вестник ОГУ.* 2018;5:217.
22. Бегалина ДТ, Дильмагамбетова ГС. Предпосылки для реализации универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в Республике Казахстан. *West Kazakhstan Medical Journal.* 2022;57-62. doi:10.24412/2707-6180-2022-264-57-62.
23. Сапарова ЛТ, Аталыкова ГТ, Амиргалиева ГН, Аманбаева НА. Социальные перспективы внедрения универсально-прогрессивной модели патронажной помощи в Республике Казахстан. Социальная работа и психология в здравоохранении: развитие, инновации и перспективы: матер. междунар. науч.-практ. конф. Караганды: изд-во НАО МУК; 2019:118.
24. Yonemoto N, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;21;7(7):CD009326. doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub4.
25. Айдапкелова НС. Кластерное обследование по многим показателям (MICS) в Республике Казахстан. Мониторинг положения детей и женщин. Астана; 2016:344.
26. Боряк ВП, Дзюева ЗХ. Социальный патронаж неблагополучных семей как технология социальной работ. *Kant.* 2015;1:14.
27. Roberts J, Fenton G, Barnard M. Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. *Nurs Child Young People.* 2015;27(4):30-5; quiz 36. doi: 10.7748/ncyp.27.4.30.e566.
28. Goodman WB, Dodge KA, Bai Y, Murphy RA, O'Donnell K. Effect of a Universal Postpartum Nurse Home Visiting Program on Child Maltreatment and Emergency Medical Care at 5 Years of Age: a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2021;1;4(7):e2116024. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.16024.
29. Ибрагимова ЮШ. Особенности социальной работы с неблагополучной семьей. Международный студенческий научный вестник. Ульяновск; 2013;5.
30. Уфимцевой НФ, Изипановой ЮВ. Профессионализм в социальной работе: проблемы и перспективы: сборник научных трудов студентов и аспирантов. ФГАОУ ВПО Рос. гос. проф.-пед. ун-т. Екатеринбург; 2012:167.
31. Завацкая ЛН. Социально-педагогический патронаж семьи, находящейся в сложных жизненных обстоятельствах. *Вестник Полоцкого государственного университета.* 2018;82(7):90.
32. Goldfeld S, Bryson H, Mensah F, Price A, Gold L, Orsini F, et al. Nurse home visiting to improve child and maternal outcomes: 5-year follow-up of an Australian randomised controlled trial. *PLoS One.* 2022;28;17(11):e0277773. doi: 10.1371/journal.pone.0277773.
33. Eronen R, Pincombe J, Calabretto H. The role of child health nurses in supporting parents of young infants. *Collegian.* 2010;17(3):131-41. doi: 10.1016/j.colegn.2010.04.001.
34. Bjornsdottir K. I try to make a net around each patient: home care nursing as relational practice. *Scand J Caring Sci.* 2018;32:177-185. doi: 10.1111/scs.12443.
35. Fernández-Medina IM, Ruiz-Fernández MD, Gálvez-Ramírez F, Martínez-Mengíbar E, Ruiz-García ME, Jiménez-Lasserrotte MDM, et al. The Experiences of Home Care Nurses in Regard to the Care of Vulnerable Populations: a Qualitative Study. *Healthcare.* 2021;23;10(1):21. doi: 10.3390/healthcare10010021.
36. Engström M, Hiltunen J, Wallby T, Lucas S. Child Health Nurses' experiences of addressing psychosocial risk factors with the families they meet. *Acta Paediatr.* 2021;110(2):574-583. doi: 10.1111/apa.15492.
37. Dahlbo M, Jakobsson L, Lundqvist P. Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected. *J Child Health Care.* 2017;21(1):103-111. doi: 10.1177/1367493516686200.
38. Sampaio F, Ssegonga R, Nystrand C, Feldman I. Health, public sector service use and related costs of Swedish preschool children: results from the Children and Parents in Focus trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(1):43-56. doi: 10.1007/s00787-018-1185-1.
39. Morioka H, Watanabe H, Iwasa T, Kagami S, Irahara M. Prospects for maternal and child health in Japan. *J Med Invest.* 2022;69(3.4):159-164. doi: 10.2152/jmi.69.159.
40. Musaeva NK. Domashnee vizitirovanie v praktike social'noj raboty s sem'ej v trudnoj zhiznennoy situacii. *Vestnik OGU.* 2018;5:217. [in Russian]
41. Begalina DT, Dil'magambetova GS. Predposylki dlya realizacii universal'no-progressivnoj modeli patronazhnogo obsluzhivaniya v Respublike Kazakhstan. *West Kazakhstan Medical Journal.* 2022:57-62. doi:10.24412/2707-6180-2022-264-57-62. [in Russian]
42. Saparova LT, Atalykova GT, Amirgaliyeva GN, Amanbayeva NA. Sotsial'nyye perspektivy vnedreniya universal'no-progressivnoy modeli patronazhnoy pomoshchi v Respublike Kazakhstan. Sotsial'naya rabota i psikhologiya v zdравookhraneni: razvitiye, innovatsii i perspektivy: mater. mezhdunar. nauch.-prakt. konf. Karagandy: izd-vo NAO MUK; 2019:118. [in Russian]
43. Yonemoto N, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;21;7(7):CD009326. doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub4.
44. Ajdapkelova NS. Klasternoe obsledovanie po mnogim pokazatelyam (MICS) v Respublike Kazakhstan. Monitoring polozheniya detej i zhenshchin; Astana; 2016:344. [in Russian]
45. Boryak VP, Dzueva ZKH. Social'nyj patronazh neblagopoluchnyh semej kak tekhnologiya social'noj rabot. *Kant;* 2015;1:14. [in Russian]
46. Roberts J, Fenton G, Barnard M. Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. *Nurs Child Young People.* 2015;27(4):30-5; quiz 36. doi: 10.7748/ncyp.27.4.30.e566.
47. Goodman WB, Dodge KA, Bai Y, Murphy RA, O'Donnell K. Effect of a Universal Postpartum Nurse Home Visiting Program on Child Maltreatment and Emergency Medical Care at 5 Years of Age: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2021;1;4(7):e2116024. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.16024.
48. Ibragimova YUSH. Osobennosti social'noj raboty s neblagopoluchnoj sem'ej. *Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik. Ul'yanovsk;* 2013;5. [in Russian]
49. Ufimcevoj NF, Izipanovoj YUV. Professionalizm v social'noj rabote: problemy i perspektivy: sbornik nauchnyh trudov studentov i aspirantov. FGAOU VPO Ros. gos. prof.-ped. un-t. Ekaterinburg; 2012:167. [in Russian]
50. Zavatskaya LN. Sotsial'no-pedagogicheskij patronazh sem'i, nakhodyashcheyся v slozhnykh zhiznennykh obstoyatel'stvakh. *Vestnik Polotskogo gosudarstvennogo universiteta.* 2018;82(7):90. [in Russian]
51. Goldfeld S, Bryson H, Mensah F, Price A, Gold L, Orsini F, et al. Nurse home visiting to improve child and maternal outcomes: 5-year follow-up of an Australian randomised controlled trial. *PLoS One.* 2022;28;17(11):e0277773. doi: 10.1371/journal.pone.0277773.
52. Eronen R, Pincombe J, Calabretto H. The role of child health nurses in supporting parents of young infants. *Collegian.* 2010;17(3):131-41. doi: 10.1016/j.colegn.2010.04.001.
53. Bjornsdottir K. I try to make a net around each patient: home care nursing as relational practice. *Scand J Caring Sci.* 2018;32:177-185. doi: 10.1111/scs.12443.
54. Fernández-Medina IM, Ruiz-Fernández MD, Gálvez-Ramírez F, Martínez-Mengíbar E, Ruiz-García ME, Jiménez-Lasserrotte MDM, et al. The Experiences of Home Care Nurses in Regard to the Care of Vulnerable Populations: A Qualitative Study. *Healthcare.* 2021;23;10(1):21. doi: 10.3390/healthcare10010021.

- they meet. *Acta Paediatr.* 2021;110:574-583. doi: 10.1111/apa.15492. Epub 2020 Sep 24.
37. Jack SM, Gonzalez A, Marcellus L, Tonmyr L, Varcoe C, Van Borek N, et al. Public Health Nurses' Professional Practices to Prevent, Recognize, and Respond to Suspected Child Maltreatment in Home Visiting: an Interpretive Descriptive Study. *Glob Qual Nurs Res.* 2021;8. doi: 10.1177/2333393621993450.
36. Engström M, Hiltunen J, Wallby T, Lucas S. Child Health Nurses' experiences of addressing psychosocial risk factors with the families they meet. *Acta Paediatr.* 2021;110:574-583. doi: 10.1111/apa.15492. Epub 2020 Sep 24.
37. Jack SM, Gonzalez A, Marcellus L, Tonmyr L, Varcoe C, Van Borek N, et al. Public Health Nurses' Professional Practices to Prevent, Recognize, and Respond to Suspected Child Maltreatment in Home Visiting: An Interpretive Descriptive Study. *Glob Qual Nurs Res.* 2021;8. doi: 10.1177/2333393621993450.



УДК 614.253.5:616-036.12(574)
МРНТИ 76.75

М.Т. ЗИНЕЛ, Ұ.М. БАХЫТЖАН

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КАЗАХСТАНЕ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ТОО «Западно-Казахстанский Высший медицинский колледж», Уральск, Казахстан

Зинел М.Т. – <https://orcid.org/0009-0005-3609-0946>

Бахытжан Ұ.М. – <https://orcid.org/0009-0009-1865-1534>

Библиографиялық сілтеме:

Зинел МТ, Бахытжан ҰМ. Созылмалы аурулары бар науқастарға көмек көрсету жағдайында Қазақстанда мейірбике ісін дамыту перспективалары. *Gylym aliansy*. 2024;1(3):61-67.

Citation:

Zinel MT, Bakhytzhn UM. Prospects for the development of nursing in Kazakhstan in terms of providing care to patients with chronic diseases. *Gylym aliansy*. *Gylym aliansy*. 2024;1(3):61-67.

Библиографическая ссылка:

Зинел МТ, Бахытжан ҰМ. Перспективы развития сестринского дела в Казахстане в условиях оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. *Gylym aliansy*. 2024;1(3):61-67.

Созылмалы аурулары бар науқастарға көмек көрсету жағдайында Қазақстанда мейірбике ісін дамыту перспективалары

М.Т. Зинел, Ұ.М. Бахытжан

Батыс Қазақстан жоғары медициналық колледжі, Орал, Қазақстан

Созылмалы аурулары бар пациенттерді күту модельдерін дамыту қазіргі заманғы медицинаның негізгі аспектісі болып табылады. Бұл салада ауруларды емдеу және басқару әдістерін жетілдіруге бағытталған зерттеулер белсенді жүргізілуде. Бұл шолуда күтімнің Chronic Care Model (CCM) және Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) сияқты негізгі модельдері ұсынылған, сондай-ақ оларды әртүрлі елдерде табысты іске асырудың практикалық мысалдары қаралған. Осы үлгілерді іске асыруда мейіргерлердің рөліне, сондай-ақ созылмалы аурулары бар пациенттерді күту шеңберіндегі олардың міндеттеріне ерекше назар аударылды. Сонымен қатар, Қазақстанда мейіргерлік істің қалыптасу және даму тарихы, сондай-ақ еліміздің денсаулық сақтау жүйесіндегі мейіргерлік персоналдың рөлі қаралды. Басқа мамандармен ынтымақтастық мүмкіндіктерін зерделеуді және шетелдік тәжірибені жергілікті жағдайларға бейімдеуді қоса алғанда, мейіргерлік персоналдың ғылыми-зерттеу қызметінің әдістері сипатталған. Қорытындыда созылмалы аурулары бар пациенттерге күтім жасауға түрлі тәсілдерді ықпалдастырудың маңыздылығы және осы салада одан әрі зерттеу жүргізу қажеттігі атап өтілген. Мейіргерлік іс пен күтім модельдерін дамыту сапалы медициналық көмекті қамтамасыз етуде және Қазақстанда және одан тыс жерлерде созылмалы ауруларды емдеудің тиімділігін арттыруда негізгі рөл атқарады.

Негізгі сөздер: мейірбике ісі, созылмалы аурулар, күтім үлгілері, пәнаралық тәсіл, медицина қызметкерлері

Prospects for Nursing Development in the Care of Patients with Chronic Diseases in Kazakhstan

M.T. Zinel, U.M. Bakhytzhn

West Kazakhstan Higher Medical College, Uralsk, Kazakhstan

This study explores the evolving role of nursing personnel in the management of patients with chronic diseases, with a focus on the development of nursing practices in Kazakhstan. It traces the historical evolution of nursing in Kazakhstan, highlighting its integration into the healthcare system and its critical role in patient care. The study identifies key responsibilities of nurses within chronic disease care models, emphasizing their roles in ensuring continuity of care, patient education, healthcare service coordination, clinical procedures, and psychosocial support. Additionally, the paper discusses successful implementations of chronic disease care models globally, showcasing diverse strategies adopted in various countries and medical institutions. The study underscores the importance of multidisciplinary approaches to patient care, where nurses play a pivotal role in educating patients, promoting self-management, and coordinating healthcare services. It also compares international experiences in managing chronic diseases, highlighting initiatives from countries such as Sweden, the United States, and Japan. These initiatives demonstrate the effectiveness of integrated



Зинел
Мәншүк Тлектесқызы
e-mail: zinel22@mail.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
30.04.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
30.05.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

care models involving nursing personnel, resulting in improved patient outcomes and quality of life.

In conclusion, the study emphasizes the significance of nursing in the care of patients with chronic diseases, advocating for collaborative approaches and the adaptation of successful international practices to the Kazakhstani context. It suggests that integrating nursing practices into comprehensive care models can enhance patient well-being and healthcare outcomes in Kazakhstan.

Keywords: *nursing, chronic diseases, models of care, interdisciplinary approach, medical staff*

Перспективы развития сестринского дела в Казахстане в условиях оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями

М.Т. Зинел, Ү.М. Бахытжан

Западно-Казахстанский Высший медицинский колледж, Уральск, Казахстан

Развитие моделей ухода за пациентами с хроническими заболеваниями является ключевым аспектом современной медицины. В этой области активно проводятся исследования, направленные на совершенствование методов лечения и управления заболеваниями. В данном обзоре представлены основные модели ухода, такие как Chronic Care Model (CCM) и Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC), а также рассмотрены практические примеры их успешной реализации в различных странах. Особое внимание уделено роли медицинских сестер в реализации этих моделей, а также их задачам в рамках ухода за пациентами с хроническими заболеваниями. Кроме того, рассмотрена история формирования и развития сестринского дела в Казахстане, а также роль сестринского персонала в системе здравоохранения страны. Описаны методы научно-исследовательской деятельности сестринского персонала, включая изучение возможностей сотрудничества с другими специалистами и адаптацию зарубежного опыта к местным условиям. В заключении подчеркивается важность интеграции различных подходов к уходу за пациентами с хроническими заболеваниями и необходимость дальнейших исследований в этой области. Развитие сестринского дела и моделей ухода играет ключевую роль в обеспечении качественной медицинской помощи и повышении эффективности лечения хронических заболеваний в Казахстане и за его пределами.

Ключевые слова: *сестринское дело, хронические заболевания, модели ухода, междисциплинарный подход, медицинский персонал*

Введение

Хронические заболевания представляют собой серьезную медицинскую и социальную проблему, ставшую актуальной как в Казахстане, так и во всем мире. С ростом числа людей, страдающих хроническими заболеваниями, медицинские работники используют информационные технологии для более эффективной коммуникации, обмена информацией и координации ухода за пациентами. На сегодняшний день существуют две основные модели оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. В первую очередь, это "модель ухода за людьми, страдающими хроническими заболеваниями" (СХЗ), основанная на организации взаимодействия между информированным активным пациентом и квалифицированной проактивной командой практиков. В этом случае мотивированный пациент, обладающий необходимой информацией и определенными навыками, доверяющий команде, принимает эффективные решения относительно своего здоровья и его управления.

Следующая модель – ВОЗ "Инновационный подход к хроническим состояниям" (ИПХС), в соответствии с которой положительные результаты в управлении хроническими состояниями достигаются за счет совместной работы подготовленных, осведомленных

и мотивированных пациентов, их семей, медицинских работников и организаций. Это осуществляется на основе принципов качества и гибкости системы профилактики и принятия решений на основе доказательной медицины. По данным ВОЗ, каждый год от неинфекционных заболеваний умирает 41 миллион человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире [1]. Они характеризуются продолжительным и медленным прогрессированием, требуют длительного и систематического лечения, а также оказания постоянной медицинской поддержки и ухода. Примерами таких заболеваний являются сахарный диабет, артериальная гипертензия, болезни сердца и сосудов, онкологические заболевания и многие другие. В современных условиях значительное внимание уделяется разработке и внедрению инновационных подходов в оказании помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Зарубежные страны активно внедряют новые технологии, например, телемедицину [2], использование мобильных приложений для мониторинга здоровья, а также применение искусственного интеллекта для анализа медицинских данных и разработки персонализированных подходов к лечению. Эти инновации позволяют улучшить доступность и качество медицинской помощи, повысить эффективность лечения и снизить нагрузку на медицинские учреждения. В контексте Ка-

захстана существует ряд вызовов и проблем, связанных с оказанием помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Одной из основных проблем является недостаточное оснащение медицинских учреждений, нехватка квалифицированных медицинских кадров и ограниченные возможности доступа к современным методам диагностики и лечения [3]. Однако в последние годы в Казахстане также наблюдается увеличение инвестиций в здравоохранение, развитие телемедицинских и мобильных технологий, а также модернизация системы образования и подготовки медицинских кадров [4]. В данном контексте особую роль играют медицинские сестры, которые являются ключевыми исполнителями в оказании помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Они выполняют широкий спектр задач, включая мониторинг состояния здоровья, проведение медицинских процедур, образование пациентов о методах самоуправления заболеванием. Выбор данной темы для обсуждения обусловлен его высокой актуальностью и важностью для развития здравоохранения в Казахстане.

Цель

Оценка эффективных и инновационных подходов в сестринском деле способствует улучшению качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями, а также повышению эффективности работы системы здравоохранения в целом.

Поиск литературы проводился в базах данных Cyberleninka и Google Scholar. Основные проблемы включают в себя затруднения организации, кадровые трудности, стандарты профессиональной практики медицинских сестёр, это осложняет развитие сестринского дела в Казахстане в условиях оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Критериями включения были следующие публикации: тематика исследования должна соответствовать основной теме перспектив развития сестринского дела в Казахстане в условиях оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. При поиске использовались следующие ключевые слова и их комбинации: семейная медицина, сестринское дело, хроническое заболевание.

Научная новизна данной работы состоит в применении и адаптации ключевых факторов успешной реализации моделей ухода за пациентами с хроническими заболеваниями к контексту здравоохранения в Казахстане. Рассмотрение конкретных примеров успешной практики из различных стран и медицинских учреждений позволяет выявить уникальные методы и подходы, которые могут быть адаптированы к местным условиям и реалиям. Анализ конкретных примеров успешной практики из разных стран и медицинских учреждений помогает выявить уникальные методы и подходы, которые могут быть приспособлены к местным условиям и потребностям.

История формирования и развития сестринского дела в Казахстане. История сестринского дела в Казахстане тесно связана с развитием медицинской системы в стране. Первые шаги в этом направлении были предприняты еще в период Советского Союза. В 1930-

е годы были созданы первые медицинские учреждения, а в 1950-е годы началось обучение медицинского персонала, включая медицинских сестер [5]. С течением времени, сестринское дело становилось все более организованным и профессиональным.

Роль сестринского персонала в становлении Казахстанской медицинской системы. Медицинские сестры играли и играют ключевую роль в становлении и развитии Казахстанской медицинской системы. Они выполняют разнообразные функции, начиная от ухода за пациентами и заканчивая административной работой в медицинских учреждениях. Роль сестринского персонала в системе здравоохранения Казахстана невозможно переоценить, так как они являются незаменимой частью команды медицинских работников и играют важную роль в обеспечении качественной медицинской помощи населению. В современных условиях особое внимание уделяется разработке и внедрению эффективных мероприятий по профилактике и раннему выявлению хронических заболеваний. Исследования, проводимые в Казахстане, направлены на определение эффективных стратегий по предотвращению развития хронических заболеваний с учетом специфики национальной медицинской системы и особенностей пациентской среды. Сестринский персонал активно участвует в проведении исследований по оценке эффективности различных программ профилактики, в том числе в проведении обследований населения, оценке риска развития заболеваний и разработка рекомендаций по их минимизации [6, 7, 8]. Основная цель таких исследований заключается в разработке и внедрении инновационных подходов к уходу, направленных на улучшение качества жизни пациентов и снижение риска развития осложнений. Исследования в этой области включают анализ эффективности различных моделей ухода, разработку и внедрение программ самоменеджмента для пациентов, а также создание систем поддержки пациентов для обеспечения соблюдения рекомендаций по лечению и реабилитации.

В современном медицинском деле большое внимание уделяется использованию информационных технологий в управлении хроническими заболеваниями. Сестринский персонал активно участвует в исследованиях, направленных на разработку и внедрение телемедицинских технологий, мобильных приложений и электронных медицинских карт для мониторинга состояния пациентов, управления лечением и предоставления консультаций на удаленном расстоянии. Исследования в этой области включают оценку эффективности таких технологий, разработку новых программных решений и адаптацию существующих систем к потребностям отечественной медицинской практики [9, 10].

Одним из ключевых аспектов научно-исследовательской деятельности сестринского персонала в Казахстане является обучение и развитие профессиональных компетенций медицинского персонала. Исследования в этой области направлены на опреде-

ление оптимальных методов обучения и оценку их эффективности, разработку новых программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации медицинских сестер в области ведения хронических заболеваний. Сестринский персонал активно участвует в научно-практических конференциях, семинарах и круглых столах, где обсуждаются актуальные вопросы управления хроническими болезнями, обмен опытом и передача новых знаний [11, 12].

Сестринский персонал играет важную роль в интеграции сестринского дела в междисциплинарный подход к управлению хроническими заболеваниями. Исследования в этой области направлены на изучение возможностей сотрудничества с медицинским персоналом в области общественного здоровья, психологами, социальными работниками и другими профессионалами с целью создания комплексной системы ухода за пациентами. Сестринский персонал принимает участие в многоцелевых командных подходах, разрабатывая совместные программы лечения и реабилитации, координируя деятельность различных специалистов и обеспечивая непрерывность ухода [13].

Научно-исследовательская деятельность в области хронических заболеваний за рубежом демонстрирует значительные успехи и инновации, которые могут быть полезны для Казахстана. Например, опыт Германии в индивидуализированных подходах к лечению хронических заболеваний может послужить основой для разработки персонализированных программ лечения в нашей стране [14, 15]. Российские исследования по механизмам развития хронических заболеваний могут помочь более глубоко понять процессы патологии и разработать эффективные методы профилактики и лечения [16, 17, 18].

Кроме того, опыт других стран, таких как Великобритания и Швейцария, в области управления хроническими заболеваниями и реабилитации пациентов может быть ценным для развития сестринского дела и организации медицинской помощи в Казахстане [19, 20].

С увеличением числа пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, возникает необходимость введения эффективных модели ухода, способных обеспечить не только качественное лечение, но и поддержку на протяжении всего пути заболевания. Наиболее важные модели ухода, разработанные для более эффективного управления хроническими заболеваниями, это Chronic Care Model и Innovative Care for Chronic Conditions.

Chronic Care Model представляет собой интегрированную систему заботы, разработанную для улучшения результатов лечения пациентов с хроническими заболеваниями. Основные принципы этой модели следующие: организация системы заботы – создание координированных систем медицинской помощи, направленных на обеспечение комплексного ухода и поддержки пациентов. Самоуправление пациента: акцентирует внимание на включении пациентов в процесс принятия решений о своем

здоровье и развитии навыков самоуправления. Поддержка принятия решений: предполагает предоставление информации и обучение пациентов для принятия обоснованных решений относительно своего здоровья и лечения. Изменение клинической практики: включает в себя адаптацию клинических процедур и стандартов к наилучшим клиническим практикам. Поддержка системы заботы: обеспечивает согласованность и сотрудничество между различными уровнями системы здравоохранения и другими учреждениями, участвующими в оказании помощи пациентам. Организация сообщества направлена на создание условий для поддержки здорового образа жизни и обеспечения доступности услуг здравоохранения. Инновационный подход Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) представляет собой новаторский подход к управлению хроническими заболеваниями, разработанной Всемирной организацией здравоохранения. Он акцентирует внимание на создании устойчивых систем здравоохранения, способных эффективно реагировать на потребности пациентов с хроническими заболеваниями. Основные принципы ИССС включают интеграцию услуг здравоохранения – обеспечивает согласованность и эффективность действий между различными уровнями системы здравоохранения. Поддержка первичной медицинской помощи уделяет особое внимание развитию первичной медицинской помощи как основы для оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Укрепление здоровья общества направлено на создание условий для поддержки здорового образа жизни и профилактики хронических заболеваний на уровне общества. Итак, модели ухода за пациентами с хроническими заболеваниями, такие как ССМ и ИССС, представляют собой инновационные подходы, направленные на улучшение результатов лечения и управления хроническими заболеваниями. Эти концепции основаны на принципах комплексного подхода к уходу и активного включения пациентов в процесс лечения и самоуправления [21]. Медицинские сестры играют ключевую роль в реализации моделей ухода за пациентами с хроническими заболеваниями, выполняя многочисленные задачи, направленные на обеспечение эффективного управления заболеванием и улучшение качества жизни пациентов [22]. Ниже интерпретированы задачи, которые выполняют медицинские сестры в рамках этих моделей:

Обеспечение непрерывности ухода. Медицинские сестры следят за состоянием пациентов с хроническими заболеваниями, обеспечивая непрерывную поддержку и мониторинг. Они проводят регулярные визиты к пациентам дома или в амбулаторных условиях, контролируют выполнение рекомендаций врача, а также оценивают эффективность лечения и реабилитации.

Обучение самоуправлению заболеванием. Медицинские сестры обучают пациентов и их семьи навыкам самоуправления заболеванием. Они объясняют

пациентам правила приема лекарств, техники самоконтроля, методы контроля над показателями здоровья (например, сахаром в крови у пациентов с диабетом) и другие аспекты, способствующие поддержанию стабильного состояния.

Координация медицинской помощи. Медицинские сестры играют роль посредников между пациентами и другими членами медицинской команды. Они координируют взаимодействие между врачами, физиотерапевтами, психологами и другими специалистами, чтобы обеспечить комплексный и согласованный подход к уходу.

Проведение процедур и медицинских вмешательств. Медицинские сестры выполняют различные процедуры и медицинские вмешательства. Например, введение лекарственных препаратов, уход за ранами, изменение повязок, проведение инъекций и другие манипуляции, необходимые для поддержания здоровья пациентов.

Психосоциальная поддержка. Медицинские сестры оказывают психосоциальную поддержку пациентам и их семьям, помогая им справляться с эмоциональными и психологическими трудностями, возникающими в связи с хроническим заболеванием. Они предоставляют информацию, поддерживают важные беседы и оказывают эмоциональную поддержку.

Практические примеры успешной реализации модели ухода за пациентами с хроническими заболеваниями отображают разнообразные стратегии и методы, принятые в различных странах и медицинских учреждениях.

В Швеции была разработана и внедрена комплексная программа управления хроническими заболеваниями, которая включает в себя активное участие медицинских сестер в оказании помощи пациентам. Медсестры играют ключевую роль в обучении пациентов по управлению своим состоянием, соблюдении режима лечения и проведении профилактических мероприятий. Этот подход позволил значительно снизить частоту обострений и улучшить качество жизни пациентов [23].

В США успешно функционируют программы управления хроническими заболеваниями, основанные на мультидисциплинарном подходе, в которые вовлечены медицинские сестры. Сестры предостав-

ляют пациентам поддержку, контроль над приемом лекарств, в обучении самоуправлению и координации медицинских услуг. Благодаря этому, достигается более эффективное управление заболеванием, улучшается соблюдение лечения и снижается риск осложнений [24].

В Японии медицинские центры успешно применяют совокупный подход к управлению хроническими заболеваниями, включая болезни сердца, диабет и гипертонию. Этот подход предполагает активное взаимодействие медицинских сестер с другими членами медицинского персонала для обеспечения комплексной помощи пациентам, включая диагностику, лечение, реабилитацию и поддержку самоуправления [25]. Результаты показывают улучшение клинических показателей, снижение частоты обращений в аварийные службы и улучшение качества жизни пациентов.

Вывод

На основе изученной литературы можно сделать вывод о ключевой роли медицинских сестер в реализации моделей ухода за пациентами с хроническими заболеваниями. Их участие в обеспечении непрерывности ухода, координации медицинской помощи, проведении процедур и оказании психосоциальной поддержки существенно повышает эффективность лечения и улучшает качество жизни пациентов. Примеры успешной реализации моделей ухода из различных стран подчеркивают значимость сотрудничества медицинского персонала и активное включение медицинских сестер в процесс ухода. Практические примеры успешной реализации моделей ухода из других стран, таких как Швеция, США и Япония, подтверждают важность такого подхода и его эффективность. Изучение и сравнение с зарубежным опытом позволяет выявить лучшие практики, методы и принципы, которые могут быть адаптированы и внедрены в Казахстанскую медицинскую систему для улучшения ухода за пациентами с хроническими заболеваниями.

Конфликт интересов. Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения. Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень. 2023. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Баранов АА, Вишнева ЕА, Намазова-Баранова ЛС. Телемедицина — перспективы и трудности перед новым этапом развития. *Педиатрическая фармакология*. 2013;10(3):7-8.
3. Абдрахманова АО, Байгожина ЗА, Калиева МА. Пути формирования новой генерации медицинских сестер в Казахстане. *Журнал клинической медицины Казахстана*. 2014;4(34):6-7.
4. Ақылжан М, Қуанбекова З. Инвестиционный климат и инвестиции в сферу здравоохранения Республики Казахстан. Экономика, бизнес, инновации: сборник статей XV Международной научно-практической конференции, Пенза, 05 апреля 2021 года. — Пенза: Наука и Просвещение. 2021;137.

Spisok literatury:

1. Vsemirnaia organizatsiia zdavoohraneniia. Neinfektsionnye zabolevaniia. *Informatsionnyi biulleten*. 2023. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [in Russian]
2. Baranov AA, Vishneva EA, Namazova-Baranova LS. Telemeditsina — perspektivy i trýdnosti pered novym etapom razvitiia. *Pediatricheskaiia farmakologiia*. 2013;10(3):7-8. [in Russian]
3. Abdrahmanova AO, Baigojina ZA, Kalieva MA. Pýti formirovaniia novoi generatsii meditsinskih sester v Kazahstane. *Jýrnal klinicheskoi meditsiny Kazahstana*. 2014; 4 (34): 6-7. [in Russian]
4. Aqyljan M, Kýanbekova Z. Investitsionnyi klimat i investitsii v sferý zdavoohraneniia Respýbliki Kazahstan. *Ekonomika, biznes, innovatsii: sbornik statei XV Mejdýnarodnoi naýchno-prakticheskoi konferentsii*, Penza, 05 apreliia 2021 goda. — Penza: Naýka i Prosveenie; 2021. [in Russian]

5. Галина ГФ. Развитие советской системы здравоохранения в Казахской ССР в 1920-1940 гг. Гасырлар авазы - Эхо веков. 2022;1:14-22.
6. Токмурзиева ГЖ. Методические подходы к совершенствованию профилактических программ. *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. 2010;4:94-96.
7. Белятко АВ, Нұрғалиева НК, Дербисалина ГА, Батарбекова ШК. Методы работы медицинских сестер с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, алкоголь): обзор литературы. *Наука и здравоохранение*. 2019;4:60-71.
8. Сәрсембайқызы Г, Тілішбаева Ж. Применимость классификатора clinicalcareclassification в электронном документообороте сестринского персонала для повышения эффективности оказания медицинских услуг в системе здравоохранения РК: Аналитический обзор для формирования политики. *Journal of Health Development*. 2021;1(40):36-43. [in Russian]
9. Нурақыш С, Кошербаева Л, Таукебаева Г, Куракбаев К, Серикбаев М, Мамырбекова С. Актуальность внедрения информационных технологии в программу управления заболеваниями. *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. 2020;1(1): 570-574.
10. Марденова ЛЭ. Информационно-образовательные технологии в сфере сестринского дела. *Евразийское Научное Объединение*. 2020;10-3(68):226-229.
11. Жұнусова ДК, Дербисалина ГА, Умбетжанова АТ, Бекбергенова ЖБ, Батарбекова ШК, Белятко АВ. Разработка и адаптация клинических сестринских руководств в Республике Казахстан. *Западно-Казахстанский медицинский журнал*. 2020; 4 (62): 215-219.
12. Baygozhina Z, Koikov V, Umbetzhanova A, Bekbergenova Z. Implementation of a new model of nursing service management in health organizations to increase the effectiveness of nursing professionals and their contribution to protecting public health in the Republic of Kazakhstan: Policy Brief. *Journal of Health Development*. 2020;36:69-83.
13. Джумагазиева ОД, Кумар АБ, Кошербаева ЛК, Изекенова АК, Давлетов КК. Роль медицинской сестры в управлении хроническими заболеваниями. *Наука о жизни и здоровье*. 2019;1:87.
14. Фортманн М, Диркс Й, Гедике-Фриц С, Лизе Й, Землин М, Морбах Х, Хертель К. Иммунизация недоношенных детей: современные данные и перспективные стратегии для индивидуализированных подходов. *Неонатология: Новости. Мнения. Обучение*. 2023;1 (39): 108-123.
15. Амиров ББ, Қуанышбекова РТ, Абдиқалиев НА. Принципы внедрения программ управления заболеваниями в рамках диспансерного обслуживания на уровне ПМСП (обзор литературы). *Медицина*. 2019; 5(203): 61.
16. Шилов ЕМ, Козловская НЛ, Бобкова ИН, Швецов МЮ, Ватазин АВ. Хроническая болезнь почек и программа народосбережения Российской Федерации. *Клиническая нефрология*. 2010;3:29-38.
17. Ахмедов КХ, Зиядуллаев ХБ, Хакимов ШК. Анализ механизма развития язвенной болезни. *Современные научные исследования и разработки*. 2018;1(11):105-107.
18. Яковлева ТВ, Иванова АА, Альбицкий ВЮ. Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации. *Российский педиатрический журнал*. 2015;18(3):28-31.
19. Желтенков АВ. Особенности моделей функционирования систем здравоохранения в развитых странах. *Вестник Государственного университета просвещения. Серия: Экономика*. 2019;2:64-72.
20. Тажиева АЕ, Резник ВЛ, Гржибовский АМ. Организация первичной медико-санитарной помощи больным сахарным диабетом 2 типа в отдельных странах-членах организации экономического сотрудничества и развития. *Наука и здравоохранение*. 2017;5:88-98.
21. Островская ИВ. Роль медсестер в профилактике хронических заболеваний и ведении таких пациентов. *Медицинская сестра*. 2010;3:3-4.
22. Josi R. New models of primary care: an analysis of the introduction of new professional roles for advanced practices nurses and medical practice assistants in Swiss primary care; 2021.https://www.researchgate.net/publication/348780574_New_models_of_primary_care_an_analysis_of_the_introduction_of_new_professional
5. Galina GF. Razvitie sovetskoj sistemy zdravooohraneniia v Kazahskoi SSR v 1920-1940-e gg. Gasyrlar avazy - Eho vekov. 2022;1:14-22. [in Russian]
6. Tokmýrzieva GJ. Metodicheskie podhody k sovershenstvovaniý profilakticheskikh programm. *Vestnik Kazahskogo Natsionalnogo meditsinskogo ýniversiteta*. 2010;(4):94-96. [in Russian]
7. Beliatko AV, Nýrgalieva NK, Derbisalina GA, Batarbekova ShK. Metody raboty meditsinskih sester s patsientami, imeiyimi povedencheskie faktory riska (kýrenie, alkohol): obzor literatýry. *Nayka i zdravooohranenie*. 2019;4:60-71. [in Russian]
8. Sársembaiqyzy G, Tíliýbaeva J. Primenimost klassifikatora clinical care classification v elektronnom dokýmentooborote sestrinskogo personala dlia povysheniia effektivnosti okazaniia meditsinskih úslýg v sisteme zdravooohraneniia RK: Analiticheskii obzor dlia formirovaniia politiki. *Journal of Health Development*. 2021;1(40):36-43. [in Russian]
9. Nýrakys S, Koshërbaeva L, Taýkebaeva G, Kýrakbaev K, Serikbaev M, Mamyrbekova S. Aktýalnost vnedreniia informatsionnyh tehnologii v programmý ýpravleniia zabolevaniiami. *Vestnik Kazahskogo Natsionalnogo meditsinskogo ýniversiteta*. 2020;1(1):570-574. [in Russian]
10. Mardenova LE. Informatsionno-obrazovatelnye tehnologii v sfere sestrinskogo dela. *Evrasiiskoe Naychnoe Obedinenie*. 2020;10-3(68):226-229. [in Russian]
11. Jýnýsova DK, Derbisalina GA, Ýmbetjanova AT, Bekbergenova JB, Batarbekova ShK, Beliatko AV. Razrabotka i adaptatsiia klinicheskikh sestrinskih rýkovodstv v Respýblike Kazahstan. *Zapadno-Kazahstanskii meditsinskii jýrnal*. 2020;4 (62): 215-219. [in Russian]
12. Baygozhina Z, Koikov V, Umbetzhanova A, Bekbergenova Z. Implementation of a new model of nursing service management in health organizations to increase the effectiveness of nursing professionals and their contribution to protecting public health in the Republic of Kazakhstan: Policy Brief. *Journal of Health Development*. 2020;36:69-83.
13. Djýmagazieva OD, Kýmar AB, Koshërbaeva LK, Izekenova AK, Davletov KK. Rol meditsinskoj sestry v ýpravlenii hronicheskimi zabolevaniiami. *Nayka o jizni i zdorove*. 2019;1:87. [in Russian]
14. Fortmann M, Dirks I, Gedike-Frits S, Lize I, Zemlin M, Morbah H. [i dr.] Immýnizatsiia nedonoshennyh detei: sovremennye dannye i perspektivnye strategii dlia individualizirovannyh podhodov. *Neonatologiya: Novosti. Mneniia. Obýchenie*. 2023;1 (39):108-123. [in Russian]
15. Amirov BB, Kýanyshbekova RT, Abdikaliev NA. Printsipy vnedreniia programm ýpravleniia zabolevaniiami v ramkah dispansernogo obslýživaniia na ýrovne PMSP (obzor literatýry). *Meditsina*. 2019;5(203):61. [in Russian]
16. Shilov EM, Kozlovskaja NL, Bobkova IN, Shvetsov Mlý, Vatazin AV. Hronicheskaja bolezni pochek i programma narodosberejenii Rossiiskoi Federatsii. *Klinicheskaja nefrologiya*. 2010;3:29-38. [in Russian]
17. Ahmedov KH, Ziadýllaev HB, Hakimov ShK. Analiz mehanizma razvitiia iazvennoi bolezni. *Sovremennye naychnye issledovaniia i razrabotki*. 2018;1(11):105-107. [in Russian]
18. Iakovleva TV, Ivanova AA, Albitskii Vly. Mehanizmy formirovaniia edinói profilakticheskoi sredy v Rossiiskoi Federatsii. *Rossiiskii pediatricheskii jýrnal*. 2015;18(3):28-31. [in Russian]
19. Jeltenkov AV. Osobennosti modelei fýnktsionirovaniia sistem zdravooohraneniia v razvitykh stranah. *Vestnik Gosýdarstvennogo ýniversiteta prosveeniia. Seriya: Ekonomika*. 2019;2:64-72. [in Russian]
20. Tajieva AE, Reznik VL, Grjibovskii AM. Organizatsiia pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoí bolnym saharnym diabetom 2 tipa v otdelnykh stranah-chlenah organizatsii ekonomicheskogo sotrydnichestva i razvitiia. *Nayka i zdravooohranenie*. 2017;5:88-98. [in Russian]
21. Ostrovskaja IV. Rol medsester v profilaktike hronicheskikh zabolevanií i vedenii takih patsientov. *Meditsinskaja sestra*. 2010;3:3-4. [in Russian]
22. Josi R. New models of primary care: an analysis of the introduction of new professional roles for advanced practices nurses and medical practice assistants in Swiss primary care; 2021.https://www.researchgate.net/publication/348780574_New_models_of_primary_care_an_analysis_of_the_introduction_of_new_professional

- ry_care_an_analysis_of_the_introduction_of_new_professional_roles_for_advanced_practices_nurses_and_medical_practice_assistants_in_Swiss_primary_care
23. Волкова ОА, Смирнова ЕВ, Уманов НС. Современные подходы к долгосрочному наблюдению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в системах здравоохранения зарубежных стран (обзор литературы). *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2020;1-2:28-29.
24. Шегай ПВ. Концептуальные основы формирования системы управления качеством оказываемой помощи в зарубежной медицинской практике. Вопросы совершенствования системы государственного управления в современной России. 2020;304-314.
25. Hirashiki A, Shimizu A, Nomoto K, Kokubo M, Suzuki N, Arai H. Систематический обзор эффективности программ вмешательства сообщества и укрепления здоровья для профилактики неинфекционных заболеваний в Японии и других странах Восточной и Юго-Восточной Азии. Отчеты о распространении. 2022;4(4):149-157.
- roles_for_advanced_practices_nurses_and_medical_practice_assistants_in_Swiss_primary_care
23. Volkova OA, Smirnova EV, Ymanov NS. Sovremennye podhody k dolgozrochnomy nablýdeníyú patsientov s hronicheskimi neinfektsionnymi zabolevaniyami v sistemah zdravooohraneniia zarýbejnyh stran (obzor literatýry). *Problemy standartizatsii v zdravooohranenii*. 2020;1-2:28-29. [in Russian]
24. Shegai PV. Kontseptýalnye osnovy formirovaniia sistemy ýpravleniia kachestvom okazyvaemoi pomoi v zarýbejnoi meditsinskoj praktike. Voprosy sovershenstvovaniia sistemy gosýdarstvennogo ýpravleniia v sovremennoi Rossii. 2020;304-314. [in Russian]
25. Hirashiki A, Shimizu A, Nomoto K, Kokubo M, Suzuki N, Arai H. Systematic Review of the Effectiveness of Community Intervention and Health Promotion Programs for the Prevention of Non-Communicable Diseases in Japan and Other East and Southeast Asian Countries. *Circ Rep*. 2022;4(4):149-157. [in Russian]



УДК 614.2:616-053.9(574)

МРНТИ 76.75, 76.29.59

Б.К. ИСЕНОВА¹, Г.Е. АИМБЕТОВА¹, М.А. АСИМОВ¹, М.А. КАНУШИНА²

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ В КАЗАХСТАНЕ

¹Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан² Академический консорциум институт международного образования, Прага, Чешская РеспубликаИсенова Б.К. – <https://orcid.org/0000-0003-2719-8945>Аимбетова Г.Е. – <https://orcid.org/0000-0002-9466-6297>Асимов М.А. – <https://orcid.org/0000-0003-2719-8945>Канушина М.А. – <https://orcid.org/0000-0001-5151-7506>

Бибблиографиялық сілтеме:

Исенова БК, Аимбетова ГЕ, Асимов МА, Канушина МА. Қазақстанда егде жастағы пациенттерге паллиативтік көмек көрсетуді дамыту перспективалары. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):68-74.

Citation:

Isenova BK, Aimbetova GE, Asimov MA, Kanushina M. Prospects for the Development of Palliative Care for Elderly Patients in Kazakhstan. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):68-74.

Бибблиографическая ссылка:

Исенова БК, Аимбетова ГЕ, Асимов МА, Канушина МА. Перспективы развития оказания паллиативной помощи пожилым пациентам в Казахстане. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):68-74.

Қазақстанда егде жастағы пациенттерге паллиативтік көмек көрсетуді дамыту перспективалары

Б.К. Исенова¹, Г.Е. Аимбетова¹, М.А. Асимов¹, М.А. Канушина²¹С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан²Халықаралық Білім беру институты Академиялық консорциумы, Прага, Чехия

Мәселенің өзектілігі "қартайған" Қазақстандағы демографиялық жағдайдың өзгеруімен байланысты, ғалымдардың болжамы бойынша егде жастағы халық санының одан әрі өсу серпіні болады. Қазақстан Республикасы (ҚР) Экономика және бюджеттік жоспарлау министрлігінің және ҚР Экономикалық зерттеулер институтының аналитикалық баяндамасының деректері бойынша зейнеткерлік жастағы адамдардың үлесі 2030 жылы халықтың жалпы санының 14%-на дейін ұлғаяды. Демографиялық жүктеме коэффициентінің мұндай ұлғаюы біздің қоғамның әлеуметтік даму моделіне өзгерістер енгізуді талап етеді. Қазақстан Республикасының әлеуметтік даму тұжырымдамасына сәйкес халықтың қартаюы "өзінің әлеуметтік бағытын анықтауға" әсер ететін факторлардың бірі болып табылады, өйткені егде жастағы халықтың үлесінің артуы ауыр созылмалы аурулары, когнитивті және басқа да бұзылулары бар егде жастағы пациенттерге паллиативтік көмек пен ұзақ мерзімді күтім қажеттілігінің өсуіне әкеледі. Әлемде және Қазақстан Республикасында паллиативтік көмекті ұйымдастыру проблемалары, атап айтқанда, қоғам өркениеті деңгейінің дамуымен шиеленісуде. Ауыр науқасқа, оның жақындары мен туыстарына ауыр сырқатпен жалғыз қалдыруға жол берілмейді, оларға сапалы медициналық көмек көрсету қажет. Паллиативті көмек тақырыбы онкологтар үшін ғана емес, кез келген мамандықтағы дәрігерлер үшін де өзекті. Әрбір дәрігер паллиативтік көмек көрсету принциптерін білуі және оны науқасқа көрсете білуі тиіс. Қазіргі уақытта паллиативті медицинаны дамыту қажеттілігі көптеген себептерге байланысты. Бұл – ең алдымен, қарттар мен қарттарға күтім жасау проблемасына, онкологиялық аурулардың көбеюіне, АИТВ жұқтырған, демек, ЖИТС-пен ауыратындардың көбеюіне, халықтың урбанизациясынан туындайтын басқа да әлеуметтік маңызы бар аурулардың таралуына, сондай-ақ өмір сүру қарқынының өсуіне әкелетін өмір сүру ұзақтығының ұлғаюы. Мұның бәрі айықпас науқастардың өмір сүру сапасын жақсарту, олардың өмірден лайықты кетуі мәселелерін шешуді талап етеді.

Негізгі сөздер: мейіргер, паллиативті көмек, егде жастағы науқастар, медициналық көмек, онкологиялық қызмет, даму перспективалары

Prospects for the Development of Palliative Care for Elderly Patients in Kazakhstan

Б.К. Isenova¹, Г.Е. Aimbetova¹, М.А. Asimov¹, М. Kanushina²¹Asfandiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan.²AC Institute of International Education, Prague, Czech Republic

The urgency of the problem lies in the changing demographic landscape of



Исенова Балдай Калимуллиновна
e-mail: isenova.balday@mail.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
09.04.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
12.06.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

Kazakhstan, which is experiencing an increase in its aging population. According to projections from the Ministry of Economy and Budget Planning of the Republic of Kazakhstan and the Institute of Economic Research of the Republic of Kazakhstan, the proportion of elderly individuals will rise to 14% of the total population by 2030. This demographic shift necessitates adjustments to the societal development model, as outlined in the Concept of Social Development of the Republic of Kazakhstan. With a growing elderly population, there is an increasing demand for palliative care and long-term support for elderly patients coping with severe chronic illnesses, cognitive impairments, and other conditions.

The challenges surrounding the organization of palliative care are becoming more pronounced globally and particularly in Kazakhstan as societal development progresses. It is imperative not to leave seriously ill individuals and their families to navigate their conditions alone; they require access to high-quality medical care. Palliative care is relevant across various medical specialties, not just oncology, underscoring the importance for all healthcare professionals to be knowledgeable about its principles and capable of providing such care.

The necessity for the advancement of palliative medicine in contemporary society stems from several factors. These include the rising life expectancy, which presents challenges in caring for the elderly; increasing incidences of cancer and HIV/AIDS; the emergence of other socially significant diseases resulting from urbanization; and the accelerating pace of life. Addressing these challenges requires a concerted effort to improve the quality of life for terminally ill patients, ensuring they can experience dignity and comfort in their final days.

Keywords: *palliative care, elderly patients, healthcare, oncology, development prospects*

Перспективы развития оказания паллиативной помощи пожилым пациентам в Казахстане

Б.К. Исенова¹, Г.Е. Аимбетова¹, М.А. Асимов¹, М.А. Канушина²

¹Казахский Национальный медицинский университет имени

С.Д. Асфендиярова. Алматы, Казахстан

² Академический консорциум институт международного образования. Прага, Чешская Республика

Актуальность проблемы связана с изменениями демографической ситуации в «стареющем» Казахстане, по прогнозам ученых численность лиц старшего населения будет иметь динамику дальнейшего роста. По данным аналитического доклада Министерства экономики и бюджетного планирования Республика Казахстан и Института экономических исследований РК, доля лиц пенсионного возраста увеличится до 14% от общей численности населения в 2030 году. Такое увеличение коэффициента демографической нагрузки потребует внесения изменений в модель социального развития нашего общества. Согласно Концепции социального развития Республики Казахстан старение населения – это один из факторов, влияющих на «определение своего социального курса», поскольку увеличение доли населения пожилого возраста приведет к росту потребности в паллиативной помощи и долговременном уходе за престарелыми пациентами с тяжелыми хроническими заболеваниями, когнитивными и другими нарушениями. Проблемы организации паллиативной помощи в мире и в Республике Казахстан, в частности, обостряются с развитием уровня цивилизации общества. Недопустимо тяжелобольного, его близких и родных оставлять один на один с тяжелым недугом, им необходимо оказать качественную медицинскую помощь. Тема паллиативной помощи актуальна не только для онкологов, но и для врачей любой специальности. Каждый врач должен знать принципы оказания паллиативной помощи и уметь оказывать её больному. Необходимость развития паллиативной медицины в наше время обусловлено многими причинами. Это, прежде всего, увеличение продолжительности жизни, что влечет за собой проблему ухода за пожилыми и престарелыми людьми, рост онкологической заболеваемости, увеличение числа ВИЧ инфицированных, а следовательно, больных СПИДом, распространение других социально значимых болезней, возникающих вследствие урбанизации населения, а также роста темпов жизни, все это требует решения вопросов улучшения качества жизни не излечимо больных до последних дней их жизни.

Ключевые слова: *медицинская сестра, паллиативная помощь, пожилые пациенты, медицинская помощь, онкологическая служба, перспективы развития*

В Казахстане паллиативная помощь начинает признаваться важным компонентом национальной системы здравоохранения. Оказание паллиативной помощи пожилым людям становится все более актуальной темой в контексте повышения качества жизни лиц, столкнувшихся с тяжелыми заболеваниями и приближающихся к концу жизни. Развитие данной службой в стране затрудняет и одна из основных проблем паллиативной помощи – отсутствие квалифицированных специалистов по оказанию паллиативной помощи, при этом психоэмоциональные и физические перегрузки приводят к текучести кадров. В связи с этим, приходится начинать все практически сначала: создавать нормативно-правовую базу для лечения, стандарты лечения, определить, кому показана паллиативная помощь. В то же время проведение реабилитационных мероприятий и оказание паллиативной помощи – это одна из основных частей оказания медико-социальной помощи онкологическим больным. Необходимость развития паллиативной помощи в республике и организация специализированных медицинской учреждений подтверждается статистическими данными: высокими показателями заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, растущим из года в год показателем распространенности злокачественных новообразований. Всего в Республике состоит на учете более 146000 больных раком. Ежегодно от рака умирают более 10 тысяч человек. Практически 1/5 часть пациентов с онкологической патологией – это пациенты со злокачественными новообразованиями IV стадии, нуждающиеся в соответствующей профессиональной медико-психосоциальной помощи [1]. В настоящее время паллиативная помощь может оказываться не только в хосписах, но и в амбулаторных условиях: в дневных стационарах и на дому с привлечением мобильных мультидисциплинарных бригад. Поддержка членов семьи при утрате близких включена в концепцию паллиативной помощи. В процессе оказания паллиативной помощи необходимо признать ценность каждого человека и уважать его как уникальную личность. Помощь может осуществляться только в том случае, если пациент и члены его семьи готовы ее принять. В идеале пациент должен иметь право выбора места получения помощи, методов и вариантов лечения, получения специализированной паллиативной помощи. Пациенты, если у них есть такое желание, должны иметь возможность выбора. Для этого им должна быть предоставлена достоверная информация о диагнозе, прогнозе, возможных вариантах лечения и видах помощи. Объем и характер помощи определяется главной целью – улучшение качества жизни пациента в соответствии с его представлениями и пожеланиями [2]. Для предоставления паллиативной помощи надлежащего качества необходимо, чтобы персонал имел навыки эффективного общения. Под общением мы понимаем взаимодействие между пациентами и медицинскими работниками, между пациентами и их родственниками, между различными категориями медицинских работников и сотрудниками служб, при-

нимающих участие в оказании помощи. Часто неудовлетворенность и жалобы обусловлены не недостаточным качеством оказываемых услуг, а неэффективным общением [3]. Процесс общения в паллиативной помощи – это нечто большее, чем просто обмен информацией. В процессе общения приходится обсуждать сложные и порой болезненные вопросы, что требует времени, участия и искренности. Перед персоналом отделений паллиативной помощи стоит сложная задача – с одной стороны предоставить пациенту честную и полную информацию, а с другой стороны сохранить уважение к его надеждам на благоприятный прогноз/выживание, несмотря на приближение смерти [4]. Для эффективного общения необходимо предпринять определенные шаги – это проведение тренингов и образовательных мероприятий, и создание соответствующих условий и обстановки для беседы, выделение необходимого времени для общения с пациентами и их родственниками и для обсуждения информации с членами рабочей команды, а также предоставление персоналу возможности получать новую информацию с использованием информационных технологий [5]. Примером учреждения паллиативной помощи четвертого уровня являются так называемые центры передового опыта. Центрами передового опыта могут быть самые разнообразные учреждения, как стационарные, так и амбулаторные, оказывающие помощь пациентам на дому, и консультативные службы, которые занимаются проведением научных исследований и обучением специалистов. Роль таких центров передового опыта до сих пор дискутируется, и место таких центров в многоуровневой системе паллиативной помощи будет зависеть от результатов этих дискуссий. Центрами передового опыта паллиативной помощи могут стать центры, где осуществляется обучение, проводятся научные исследования и распространяется передовой опыт, разрабатываются стандарты и внедряются новые методы. Стандарты также выделяют роль волонтеров и членов семьи в обеспечении полноценной паллиативной помощи и обязывают поставщиков соответствующих услуг предоставлять образовательную, юридическую, социальную и психологическую поддержку наряду с контролем симптомов и облегчением боли. Развитие эффективных программ и услуг в данной сфере требует не только тщательного изучения, но и внедрения инновационных подходов и тесного межсекторального сотрудничества [6]. Казахстан активно работает над укреплением системы паллиативной помощи, однако существует ряд вызовов, включая ограниченность ресурсов, недостаточную осведомленность и неравномерное распределение услуг. Пожилые пациенты, нуждающиеся в долгосрочном и внимательном уходе, требуют специализированных программ [7]. По данным ВОЗ, в Европе зарегистрировано 881 млн. населения. Стандартизированный по возрасту рассчитанный показатель смертности населения составил 9300 случаев на млн. населения. Из этого числа примерно в 1700 случаях причиной смерти был рак и в 6500 случаях – неонкологические забо-

левания, ежегодно в Европе от рака умирают 1,7 млн. человек [8]. Подавляющее большинство этих пациентов страдают от боли, одышки и других физических симптомов, либо по мере прогрессирования заболевания им требуется психосоциальная и духовная поддержка. Паллиативная помощь играет ключевую роль в обеспечении комфорта, уважения и психологической поддержки пожилых пациентов с тяжелыми заболеваниями. Во всех европейских странах паллиативная помощь предоставляется преимущественно пациентам с распространенными формами рака. Пациенты, страдающие другими заболеваниями, например, неврологическими, ВИЧ/СПИДом или имеющие сердечную, легочную или почечную недостаточность, могут в равной степени нуждаться в паллиативной помощи, как и больные раком. Но паллиативная помощь им менее доступна. Ее комплексный (гольфический) подход учитывает все аспекты жизни пациента, придавая особое значение не только физическим, но и социальным и эмоциональным потребностям [9].

Основные проблемы в развитии паллиативной помощи в Казахстане включают:

- 1) Ограниченный доступ к опиоидным анальгетикам и современным методам обезболивания;
- 2) Дефицит обученных кадров и отсутствие системного обучения специалистов паллиативной помощи (включая не медицинские специальности);
- 3) Недостаточное количество хосписов и паллиативных коек, низкий уровень развития амбулаторных услуг, недоступность паллиативной помощи в сельской местности;
- 4) Низкий уровень общей информированности и недооценка экономических и клинических преимуществ паллиативной помощи [10].

Через изучение текущего состояния паллиативной помощи, выявление ключевых проблем и вызовов, а также представление современных стратегий и подходов, данная статья направлена на определение путей улучшения качества жизни пожилых людей с тяжелыми заболеваниями, и обеспечения им достойного и комплексного ухода в конце жизни. Обозначается необходимость внедрения инноваций, обучения кадров, развития межсекторального сотрудничества и повышения общественной осведомленности в области паллиативной помощи для формирования устойчивой и эффективной системы ухода за пожилыми людьми в Казахстане [11].

Для проведения исследования были использованы следующие методологические подходы:

1. Анализ нормативных актов и отчетов: проведен анализ действующего законодательства, нормативных актов и отчетов Министерства здравоохранения Республики Казахстан для понимания правовых и структурных рамок развития паллиативной помощи для пожилых граждан.

2. Анализ статистических данных: исследованы статистические данные о пожилых пациентах, нуждающихся в паллиативной помощи, и о доступности соответствующих услуг в различных регионах Казах-

стана.

3. Применен SWOT-анализ для выявления сильных и слабых сторон существующей системы паллиативной помощи для пожилых пациентов, а также возможностей и угроз для ее развития.

Сильные стороны:

- Внедрение современных технологий и методов оказания паллиативной помощи;
- Повышение осведомленности и знания медицинского персонала в области паллиативной медицины;
- Разработка и внедрение специализированных программ обучения и сертификации для медицинских работников, предоставляющих паллиативную помощь.

Слабые стороны:

- Недостаток квалифицированных специалистов и низкая осведомленность среди медицинского персонала о паллиативной помощи;
- Неравномерная доступность паллиативной помощи в различных регионах страны;
- Недостаток финансирования и ресурсов для развития системы паллиативной помощи.

Обоснована актуальность развития паллиативной помощи для пожилых пациентов в Казахстане, определены основные проблемы и озвучена необходимость комплексных мер по совершенствованию данной сферы здравоохранения.

В рамках данного исследования был проведен анализ оказания паллиативной помощи, включая учреждения сестринского ухода, за период с 2015 по 2023 гг. Согласно полученным данным, по Республике Казахстан паллиативная помощь была оказана 138066 пациентам. Распределение по регионам выявило: максимальное количество оказания паллиативной помощи пришлось на г. Алматы – 20985 (15,19%) случаев, далее Западно-Казахстанская область – 11619 (8,41%), г. Шымкент – 10587 (7,66%) случаев. На больницы сестринского ухода наибольшая часть пролеченных случаев приходится также на г. Алматы – 7295 (20,73%) случаев, Западно-Казахстанская область – 5892 (16,55%), Карагандинская область – 3529 (10,03%) случаев. Наиболее количество летальных случаев за период 2015-2023 гг. было зарегистрировано в г. Алматы – 3526 (32,53%) случаев, далее в Павлодарской области – 2050 (18,91%), Карагандинской области – 763 (6,79%), г. Астана – 696 (6,42%) случаев. В остальных регионах было зарегистрировано менее чем по 500 случаев за данный период. Максимальные цифры данного показателя приходятся на г. Алматы – 647 (34,25%) случаев, далее идут Карагандинская – 324 (17,15%), Павлодарская – 208 (10,85%), Костанайская область – 165 (8,73%). Проведенный SWOT-анализ позволил выявить сильные и слабые стороны, возможности и угрозы, определяющие потенциальные направления развития и улучшения системы оказания паллиативной помощи пожилым пациентам в Казахстане.

Применение различных методов исследования, таких как анализ статистических данных, интервьюиро-

вание медицинского персонала и пациентов, обеспечило всесторонний анализ состояния паллиативной помощи для пожилых пациентов в Казахстане, и способствовало выработке соответствующих рекомендаций для дальнейшего развития этой области здравоохранения.

В ходе исследования были проанализированы и структурированы основные аспекты деятельности медицинских сестер при оказании паллиативной помощи. Интервьюирование медицинских работников и специалистов в области паллиативной медицины позволило выявить существующие проблемы и недостатки в системе оказания паллиативной помощи пожилым пациентам, а также возможные пути их разрешения. В работе были проанализированы данные интервью качественного метода исследования, затронуты основные проблемы современной паллиативной помощи, уделено внимание этическим аспектам деятельности специалистов сестринского дела. Для оценки качества сестринского ухода в отделениях паллиативной помощи были проведены интервью с 15 пациентами и 15 медицинскими сестрами из трех больниц: Центр паллиативной помощи (г. Алматы), Многопрофильный медицинский центр (отделение паллиативной помощи) (г. Астана), Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева (отделение паллиативной помощи) (г. Шымкент). Интервью были направлены на изучение следующих аспектов: взаимодействие пациентов с медсестрами; выполнение назначений медсестрами; профессиональное взаимодействие между медсестрами; межпрофессиональное взаимодействие в медицинской среде (включая конфликты и стратегии их разрешения); улучшение профессионального развития и условий труда медсестер; рекомендации для руководства медицинских учреждений. Роль оказания сестринской помощи в настоящее время является актуальной и играет особую роль. Сестринский персонал, несомненно, выполняет ключевую роль в организации паллиативной помощи, медицинская сестра обладает значительными возможностями для установления психологического контакта с пациентом, что способствует адекватному и правильно организованному уходу [12]. В данной статье представлены результаты качественного исследования, проведенного среди пациентов и медицинских сестер отделений паллиативной помощи в трех городах Казахстана: Алматы, Астана и Шымкент. Ниже приведены мнения пациентов о важнейших аспектах оценки качества работы медицинских сестер паллиативных центров:

1. *Условия пребывания в больницах:* большинство пациентов не выражали жалоб на условия пребывания в больницах, отмечая хорошее питание. Однако некоторые пациенты выразили недовольство в связи с удаленностью больниц и сопутствующими неудобствами для посещения родственниками. Также были высказаны пожелания относительно улучшения условий проживания, включая проведение ремонта и более частой уборки в палатах.

2. *Взаимодействие с медицинским персоналом:* пациенты в целом высоко оценили работу медицинских сестер, выразив благодарность и признательность за их труд. Отмечалось внимательное отношение и забота со стороны сестринского персонала. Вместе с тем были замечания относительно уровня вежливости и этики некоторых санитарок.

3. *Рекомендации руководству:* пациенты рекомендовали руководству больниц обратить внимание на социальное положение медицинских сестер и улучшить их условия труда, в том числе путем повышения заработной платы и предоставления жилья. Также были предложения по улучшению условий работы в больницах, включая ремонт и обновление оборудования.

4. *Пожелания пациентов:* пациенты выразили глубокую благодарность медицинским сестрам за их заботу и поддержку, подчеркнув важность их работы и высказав пожелания касательно их благополучия и здоровья. Благодаря отзывам становится ясно, что создание поддерживающей обстановки и уделение внимания эмоциональной поддержке имеют важное значение для ухода за пациентами в паллиативной фазе, анализ подчеркивает не только важность профессионализма медицинского персонала, но также обозначает, что удовлетворение пациентов напрямую связано с их эмоциональными потребностями и комфортом. Кроме того, он акцентирует важность обеспечения достойных условий труда и жизни для медицинского персонала в паллиативных учреждениях. Благодаря отзывам пациентов можно лучше понять их потребности и улучшить качество предоставляемой медицинской помощи, делая акцент на обеспечении комфортного и поддерживающего окружения, как для пациентов, так и для медицинского персонала.

Вопреки распространенному мнению, современная паллиативная помощь применима ко всем людям с неизлечимыми заболеваниями, не только к онкологическим заболеваниям и к этой категории относятся пациенты пожилого возраста. Сестринское дело является неотъемлемой важнейшей частью здравоохранения [13]. Следовательно, качество медицинской помощи во многом определяется степенью развития сестринского дела, профессионализмом сестринского персонала, ответственностью за результаты своего труда [14]. Медицинские сестры, работающие в медицинских учреждениях города Шымкент и Астана, проявляют глубокое уважение к своей профессии, ценность своего опыта и приверженность своему рабочему месту даже в трудные моменты. Их истории подчеркивают значимость мотивации, приверженности и эмоциональной связи с работой в контексте профессиональной деятельности медицинского персонала. Медицинские сестры из паллиативной больницы г. Астана выделяют сильные внутренние мотивации, будь то предопределение по семейной линии, долгосрочные мечты с детства или внезапные возможности, которые изменили их жизнь. Это показывает, что медицинская профессия для них стала не просто работой, а частью их жизни, самоуверенно выражают гордость, радость

и уважение к своей работе, что является ключевым фактором для успешной и эффективной медицинской практики.

Исследование отражает положительное восприятие работы медсестер пациентами, хотя и указывает на некоторые аспекты, требующие улучшения, включая условия пребывания в больницах и общение с некоторыми членами медперсонала.

В заключении хотелось бы отметить, что паллиативная помощь является неотъемлемой частью предоставления медико-социальных услуг в системе современного здравоохранения и недостаточное внимание к вопросам паллиативной помощи в существующей практике здравоохранения. Это проблема, стоящая се-

годня перед организаторами и руководителями в области здравоохранения и требующая безотлагательного решения. Полученные данные еще раз доказывают необходимость дальнейшего развития паллиативной помощи в Республике и в специализированных организациях медицинских учреждений.

Конфликт интересов – не заявлен. Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

Финансирование – при проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия и план действий по проблемам старения и здоровья (2017 г.). Женева: ВОЗ;2017.
2. Кузьмичева РА, Малай А. Основные черты демографической ситуации в современной России. *Статистические выпуски науки*. 2019;5(2(33)):474-480.
3. Браткова ВВ, Кочесок АС, Кочесок МС. Анализ демографической ситуации в современной России. *Эксперимент и быстрая медицина*. 2021;1(24):76-81.
4. Королев МА. Медико-социальная помощь пожилым людям (обзор литературы). *Минус Мед*. 2020;22(12):77-80.
5. Третьякова СН, Калмаханов СБ, Косимбеков МК и др. Перспективы роста населения в Республике Казахстан до 2021 года. *Вестник КазНМУ*. 2015;1:494-496.
6. Steinskog TD, Tranvåg O, Nortvedt MW, Ciliska D, Graverholt B. Оптимизация вмешательства по переводу знаний: качественное формативное исследование для выявления потребностей в переводе знаний в домах престарелых. *Implementation science*. 2021;16(1):1-12.
7. Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, Llewellyn C, Miners A, Lagarde M, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *Res BMC Health Serv*. 2016 Nov 30;16(1):677. doi: 10.1186/s12913-016-1914-4.
8. Tai-Seale M, Bramson R, Drukker D, Hurwicz ML, Ory M, Tai-Seale T, et al. Understanding primary care physicians' propensity to assess elderly patients for depression using interaction and survey data. *Med Care*. 2005 Dec;43(12):1217-24. doi: 10.1097/01.mlr.0000185734.00564.c1.
9. Hu P, Reuben DB. Effects of managed care on the length of time that elderly patients spend with physicians during ambulatory visits: National Ambulatory Medical Care Survey. *Med Care*. 2002 Jul;40(7):606-13. doi: 10.1097/00005650-200207000-00007. PMID: 12142776.
10. Dorr DA, Anastas T, Ramsey K, Wagner J, Sachdeva B, Michaels L, et al. Effect of a Pragmatic, Cluster-randomized Controlled Trial on Patient Experience With Care: The Transforming Outcomes for Patients Through Medical Home Evaluation and reDesign (TOPMED) Study. *Med Care*. 2016 Aug;54(8):745-51. doi: 10.1097/MLR.0000000000000552.
11. Davidoff AJ, Rapp T, Onukwughu E, Zuckerman IH, Hanna N, Pandya N, et al. Trends in disparities in receipt of adjuvant therapy for elderly stage III colon cancer patients: the role of the medical oncologist evaluation. *Med Care*. 2009 Dec;47(12):1229-36. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181b58a85.
12. Кайдарова ДР, Кунирова КЖ. Паллиативная помощь в Казахстане, этапы развития и текущие вызовы. *Онкология и радиология Казахстана*. 2020;41(3):114-121. <https://oncojournal.kz/palliativnaya-pomosch-v-kazahstane-eta/>
13. Gurwitz JH, Yeomans SM, Glynn RJ, Lewis BE, Levin R, Avorn J. Patient noncompliance in the managed care setting. The case of medical therapy for glaucoma. *Med Care*. 1998 Mar;36(3):357-69.

Spisok literatury:

1. Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya. Global'naya strategiya i plan deystvij po problemam stareniya i zdorov'ya. ZHeneva: VOZ;2017. [in Russian]
2. Kuz'micheva RA, Malaj A. Osnovnye cherty demograficheskoy situacii v sovremennoj Rossii. *Statisticheskie vypuski nauki*. 2019;5(2(33)):474-480. [in Russian]
3. Bratkova VV, Kochesokov AK, Kochesokova MK. Analiz demograficheskoy situacii v sovremennoj Rossii. *Eksperiment i bystraya medicina*. 2021;1(24):76-81. [in Russian]
4. Korolev MA. Mediko-social'naya pomoshch' pozhiylim lyudyam: obzor literatury. *Minus Med*. 2020;22(12):77-80. [in Russian]
5. Tret'yakova SN, Kalmahanov SB, Koshimbekov MK, et al. Perspektivy rosta naseleniya v Respublike Kazahstan do 2021 goda. *Vestnik KazNMU*. 2015;1:494-496. [in Russian]
6. Steinskog TD, Tranvåg O, Nortvedt MW, Ciliska D, Graverholt B. Optimizaciya vmeshatel'stva po perevodu znaniy: kachestvennoe formativnoe issledovanie dlya vyvayleniya potrebnoej v perevode znaniy v domah prestarelyh. *Implementation science*. 2021;16(1):1-12. [in Russian]
7. Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, Llewellyn C, Miners A, Lagarde M, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *Res BMC Health Serv*. 2016 Nov 30;16(1):677. doi: 10.1186/s12913-016-1914-4.
8. Tai-Seale M, Bramson R, Drukker D, Hurwicz ML, Ory M, Tai-Seale T, et al. Understanding primary care physicians' propensity to assess elderly patients for depression using interaction and survey data. *Med Care*. 2005 Dec;43(12):1217-24. doi: 10.1097/01.mlr.0000185734.00564.c1.
9. Hu P, Reuben DB. Effects of managed care on the length of time that elderly patients spend with physicians during ambulatory visits: National Ambulatory Medical Care Survey. *Med Care*. 2002 Jul;40(7):606-13. doi: 10.1097/00005650-200207000-00007. PMID: 12142776.
10. Dorr DA, Anastas T, Ramsey K, Wagner J, Sachdeva B, Michaels L, et al. Effect of a Pragmatic, Cluster-randomized Controlled Trial on Patient Experience With Care: The Transforming Outcomes for Patients Through Medical Home Evaluation and reDesign (TOPMED) Study. *Med Care*. 2016 Aug;54(8):745-51. doi:10.1097/MLR.0000000000000552.
11. Davidoff AJ, Rapp T, Onukwughu E, Zuckerman IH, Hanna N, Pandya N, et al. Trends in disparities in receipt of adjuvant therapy for elderly stage III colon cancer patients: the role of the medical oncologist evaluation. *Med Care*. 2009 Dec;47(12):1229-36. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181b58a85.
12. Kajdarova D.R, Kunirova KZH. Palliativnaya pomoshch' v Kazahstane, etapy razvitiya i tekushchie vyzovy. *Onkologiya i radiologiya Kazahstana*. 2020;41(3):114-121. <https://oncojournal.kz/palliativnaya-pomosch-v-kazahstane-eta/>. [in Russian]
13. Gurwitz JH, Yeomans SM, Glynn RJ, Lewis BE, Levin R, Avorn J. Patient noncompliance in the managed care setting. The case of medical therapy for glaucoma. *Med Care*. 1998 Mar;36(3):357-69.

doi: 10.1097/00005650-199803000-00012. PMID: 9520960.

14. MacLean CH, Louie R, Shekelle PG, Roth CP, Saliba D, Higashi T, Adams J, Chang JT, Kamberg CJ, Solomon DH, Young RT, Wenger NS. Comparison of administrative data and medical records to measure the quality of medical care provided to vulnerable older patients. *Med Care*. 2006 Feb;44(2):141-8.
doi: 10.1097/01.mlr.0000196960.12860.de.

doi: 10.1097/00005650-199803000-00012. PMID: 9520960.

14. MacLean CH, Louie R, Shekelle PG, Roth CP, Saliba D, Higashi T, Adams J, Chang JT, Kamberg CJ, Solomon DH, Young RT, Wenger NS. Comparison of administrative data and medical records to measure the quality of medical care provided to vulnerable older patients. *Med Care*. 2006 Feb;44(2):141-8.
doi: 10.1097/01.mlr.0000196960.12860.de.



УДК 616.379-008.64-085
МРНТИ 76.29.37

Х.И. КУДАБАЕВА, Ж.Х. КАРАШОВА, И.Н. НУРТАЗАЕВА, Д.Н. БЕКСЕЙТОВА,
С.А. ТУЛЕУГАЛИЕВА, А.А. КОЛБАЕВА

АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДА 2-ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДАҒЫ ҚАНТ ДЕҢГЕЙІН ТӨМЕНДЕТЕТІН ТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кудабаева Х.И. – <https://orcid.org/0000-0001-5508-916X/print>
Карашова Ж.Х. – <https://orcid.org/0009-0009-8410-8599>
Нуртазаева И.Н. – <https://orcid.org/0009-0000-7943-786X>
Бексейтова Д.Н. – <https://orcid.org/0009-0006-3996-4458>
Тулеугалиева С.А. – <https://orcid.org/0009-0004-9840-7200>
Колбаева А.А. – <https://orcid.org/0009-0004-2974-1993>

Библиографиялық сілтеме:

Кудабаева ХИ, Карашова ЖХ, Нуртазаева ИН, Бексейтова ДН, Тулеугалиева СА, Колбаева АА. Амбулаторлық жағдайда 2-типті қант диабетімен ауыратын науқастардағы қант деңгейін төмендететін терапияның құрылымы. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):75-81.

Citation:

Kudabayeva HI, Karashova ZhKh, Nurtazayeva IN, Bekseitova DN, Tuleugaliyeva SA, Kolbayeva AA. Therapy Structure for Reducing Blood Sugar Levels in Outpatient Type 2 Diabetes Patients. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):75-81.

Библиографическая ссылка:

Кудабаева ХИ, Карашова ЖХ, Нуртазаева ИН, Бексейтова ДН, Тулеугалиева СА, Колбаева АА. Структура терапии, снижающий уровень сахара в крови у больных сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):75-81.

Амбулаторлық жағдайда 2-типті қант диабетімен ауыратын науқастардағы қант деңгейін төмендететін терапияның құрылымы

Х.И. Кудабаева, Ж.Х. Карашова, И.Н. Нуртазаева, Д.Н. Бексейтова,
С.А. Тулеугалиева, А.А. Колбаева

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Қант диабетін емдеудегі нұсқаулар мен жетістіктерге қарамастан таңғаларлық байқау сақталуда: дүние жүзінде қант диабетімен ауыратын науқастардың жартысына жуығы мақсатты гликемиялық көрсеткіштерге қол жеткізе бермейді. Айтарлықтай гипогликемиясы байқалмаған көптеген ересек науқастар үшін HbA1C мақсатты деңгейін 7%-дан төмен деңгейде ұстауы ұсынылады. Белсенді өмір салтын ұстану аурудың алдын алу мен емдеудің негізі болып қала берсе де, 2-типті қант диабеті бар науқастардың көпшілігі қандағы глюкоза деңгейін тиімді бақылау үшін фармакотерапияны қажет етеді.

Зерттеудің мақсаты. 2-типті қант диабетімен ауыратын ересек науқастар арасында бақыланбайтын гликемиямен науқастардың үлесін бағалау және амбулаторлы-емханалық деңгейде диабетке қарсы терапияны талдау (Батыс Қазақстан).

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеу барысында Ақтөбе қаласындағы алғашқы медициналық көмек көрсететін 2-типті қант диабеті (2-типті ҚД) бар ересек пациенттердің деректерін бағаладық (n=96). Зерттеулер зертханалық деректерді, рецепттерді және пациенттің клиникалық параметрлерін қамтиды. Мақсатты көрсеткіштерге қол жеткізген пациенттердің үлесі 2023 жылдың қараша айындағы жағдай бойынша, сондай-ақ HbA1c деңгейлерінің кез келген кейінгі өзгерістері үшін монотерапия мен политерапияда басталған 2-типті ҚД бар науқастардың үлесі есептелді.

Зерттеу нәтижелері. Емдеудің мақсатты деңгейіне қол жеткізе алмаған пациенттер саны 66,67% құрайды, зерттеуге қатысушылардың тек 1/3 бөлігі ғана қант диабетін бақылаудың қанағаттанарлық сапасына ие болды. Деректерді талдау қандағы глюкоза деңгейі мен инсулин терапиясы арасындағы айтарлықтай айырмашылықты анықтады ($\chi^2 = 5,500$, $df = 1$, $p < 0,05$), бұл глюкоза деңгейі >7 болған пациенттердің инсулин қабылдау ықтималдығы жоғары екенін көрсетеді. Сол сияқты, глюкоза деңгейі мен SGLT-2 тежегіштерін қолдану (Фишердің нақты сынағы, $p < 0,01$) арасында айтарлықтай корреляцияны, глюкоза деңгейі жоғары пациенттер арасында бұл препараттарды қолданғаны анықталды. Сонымен қатар, глюкоза деңгейі мен таңдалған терапия арасында маңызды байланыс болды ($\chi^2 = 13,050$, $df = 2$, $p < 0,001$), бұл монотерапияның глюкоза <7 деңгейдегі пациенттерде, ал глюкоза деңгейі > 7 пациенттерде жиі бірнеше препараттар қажеттілігін болжайды.



Кудабаева
Хатима Ильясовна
e-mail: hatima_aktobe@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
26.03.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
10.06.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

Қорытынды. Зерттеу қандағы глюкоза деңгейі мен емдеу стратегиялары арасындағы маңызды байланысын, қант диабетін басқаруға жеке көзқарас қажеттігін көрсетеді. Глюкоза деңгейі жоғары пациенттерде инсулин мен SGLT-2 тежегіштерін кеңінен қолдану емдеуді жоспарлаудың маңыздылығын көрсетеді. Қант диабетін басқарудың бұл тәсілі әр пациенттің жағдайын терең түсінуді, нәтижелерін тиімді жақсарту үшін жеке емдеу схемаларын дамытуды талап етеді.
Негізгі сөздер: 2-типті қант диабеті, гликемиялық бақылау, диабетке қарсы ем, ем тиімділігі

Therapy Structure for Reducing Blood Sugar Levels in Outpatient Type 2 Diabetes Patients

H.I. Kudabayeva, Zh.Kh. Karashova, I.N. Nurtazayeva, D.N. Bekseitova,
S.A. Tuleugaliyeva, A.A. Kolbayeva

Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

For most adults without significant hypoglycemia, maintaining an HbA1c level below 7% is recommended. Despite guidelines and advancements in diabetes treatment, approximately half of the global diabetic population fails to meet glycemic targets. While lifestyle changes are crucial for the prevention and management of Type 2 Diabetes (T2D), most patients ultimately require pharmacotherapy to achieve effective blood glucose control.

Purpose. This study aims to explore the key barriers preventing patients from achieving optimal glycemic levels by examining therapy structures in an outpatient setting.

Methods. We evaluated a dataset of adult T2D patients (n=66) from general practice clinic No.1 in Aktobe, Kazakhstan. Measures included laboratory data, prescriptions, and patient and practice variables. The proportion of patients meeting clinical targets as of November 2023 was calculated, along with the proportion of T2D patients initiating monotherapy and polytherapy, and any changes in HbA1c levels.

Results. The study found that 66.67% of patients did not achieve target treatment levels, with only one-third of participants demonstrating satisfactory diabetes control. Data analysis revealed a significant relationship between blood glucose levels and insulin therapy ($\chi^2 = 5.500$, $df = 1$, $p < 0.05$), indicating that patients with glucose levels above 7 mmol/L are more likely to receive insulin. A notable correlation was also observed between glucose levels and the use of SGLT-2 inhibitors (Fisher's Exact Test, $p < 0.01$), with higher glucose patients more frequently prescribed these drugs. Additionally, there was a substantial association between glucose levels and the chosen therapy structure ($\chi^2 = 13.050$, $df = 2$, $p < 0.001$), suggesting that monotherapy is common in patients with glucose levels ≤ 7 mmol/L, whereas those with higher levels often require multi-drug treatment. Furthermore, a significant relationship was identified between elevated blood glucose levels (>7 mmol/L) and the presence of endocrine diseases (Fisher's Exact Test, $p = 0.004$), indicating a higher incidence of these diseases among patients with elevated glucose levels.

Conclusion. The study highlights the critical relationship between blood glucose levels and treatment strategies, emphasizing the need for personalized diabetes management. It points to the broader use of insulin and SGLT-2 inhibitors among patients with higher glucose levels and underscores the importance of individualized treatment planning. This approach to diabetes care necessitates a nuanced understanding of each patient's condition, advocating for tailored treatment regimens to effectively enhance patient outcomes.

Keywords: Type 2 diabetes, glycemic control, antidiabetic therapy, treatment effectiveness

Структура терапии, снижающий уровень сахара в крови у больных сахарным диабетом 2-го типа в амбулаторных условиях

Х.И. Кудабеева, Ж.Х. Карашова, И.Н. Нуртазеева, Д.Н. Бексейтова,
С.А. Тулеугалиева, А.А. Колбаева

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Введение. Наблюдается то, что во всем мире около половины пациентов с диабетом не достигают целевых показателей гликемии, несмотря на широкое распространение рекомендаций в лечении диабета. Для большинства взрослых без существенной гипогликемии рекомендуется поддерживать целевой уровень HbA1c ниже 7%. Хотя активное изменение образа жизни остаётся ключевым аспектом в предотвращении и лечении заболеваний, у большинства пациентов с диабетом второго типа в конечном итоге требуется применение фармакотерапии

для эффективного контроля уровня глюкозы в крови.

Цель исследования. Оценить долю пациентов с неконтролируемой гликемией у взрослых пациентов с диабетом 2-го типа, и провести анализ противодиабетической терапии в условиях амбулаторно-поликлинической помощи (Западный Казахстан).

Материалы и методы. Нами исследованы данные взрослых пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2 типа) первичного звена (n=96) в городе Актобе (Казахстан). Исследования включали лабораторные данные, рецепты, а также клинические показатели пациента. Доля пациентов, достигших целевые показатели, была рассчитана по состоянию на ноябрь 2023 г., а также доля пациентов с СД 2-го типа, начавших монотерапию и политерапию, при любых последующих изменениях уровня HbA1c.

Результаты и обсуждение. Число пациентов, не достигших целевых уровней лечения, составляет 66,67%, лишь 1/3 участников исследования удовлетворительного качества контроля диабета. Анализ данных выявил значительную разницу между уровнем глюкозы в крови и инсулинотерапией ($\chi^2 = 5,500$, $df = 1$, $p < 0,05$), что указывает на то, что пациенты с уровнем глюкозы >7 с большей вероятностью будут получать инсулин. Аналогичным образом, существует примечательная корреляция между уровнем глюкозы и использованием ингибиторов SGLT-2 (точный тест Фишера, $p < 0,01$), при этом пациенты с более высоким уровнем глюкозы предпочитают эти препараты. Кроме того, наблюдалась существенная связь между уровнем глюкозы и выбранной терапией ($\chi^2 = 13,050$, $df = 2$, $p < 0,001$), что позволяет предположить, что монотерапия распространена у пациентов с уровнем глюкозы <7 , в то время как пациентам с уровнем глюкозы >7 часто требуется лечение несколькими препаратами.

Заключение. Исследование подчеркивает важную взаимосвязь между уровнем глюкозы в крови и стратегиями лечения, подчеркивая необходимость персонализированного подхода лечения диабета. Широкое использование инсулина и ингибиторов SGLT-2 у пациентов с более высоким уровнем глюкозы указывает на важность при планировании лечения. Такой подход к лечению диабета требует детального понимания состояния каждого пациента и требует разработки индивидуальных схем лечения для эффективного улучшения результатов лечения пациентов.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, гликемический контроль, противодиабетическая терапия, эффективность лечения

Кіріспе

Қант диабеті әлемдік денсаулық сақтау саласында маңызды проблема болып табылады. Бағалау бойынша, 2021 жылы 20-79 жас аралығындағы халықтың 10,5%-ы (536,6 млн адам) диабетпен зардап шегеді, болжам бойынша 2045 жылға қарай 12,2%-ға (783,2 млн адам) өседі. Ауру ерлер мен әйелдерде бірдей, 75–79 жас аралығындағы адамдарда ең жоғары деңгейге жетеді [1]. Мақсатты гликемиялық деңгейге жету 2-типті қант диабеті бар науқастарда созылмалы асқинулардың алдын алудың маңызды факторы болып табылады [2]. Американдық қант диабеті қауымдастығымен 2023 жылы жариялаған стандарттарына сәйкес клиникалық зерттеулерде гликирленген гемоглобинің (HbA1C) деңгейі гликемиялық бақылаудың негізгі көрсеткіші болып табылады. Айтарлықтай гипогликемиясы байқалмаған көптеген ересек науқастар үшін HbA1C мақсатты деңгейін 7%-дан төмен деңгейде ұстауын ұсынылады. Қант диабетін емдеудегі нұсқаулар мен жетістіктерге қарамастан таңғаларлық байқау сақталуда [3]. Дүние жүзінде қант диабетімен ауыратын науқастардың жартысына жуығы мақсатты гликемиялық көрсеткіштерге қол жеткізе бермейді [4]. Белсенді өмір салтын ұстану аурудың алдын алу мен емдеудің негізі болып қала берсе де, 2-типті қант

диабеті бар науқастардың көпшілігі қандағы глюкоза деңгейін тиімді бақылау үшін фармакотерапияны қажет етеді [5]. Сонымен қатар, науқастардың жеке ерекшеліктерін ескеріп емдеудің оптималды нәтижелеріне қол жеткізуге ұмтылу маңызды. Біздің зерттеу жұмысымыздың мақсаты гликемиялық бақылауға қол жеткізуіне кедергі келтіретін әртүрлі себептерді зерттеу арқылы осы жаһандық денсаулық проблемасының негізгі аспектілерін анықтауға бағытталған.

Американдық қант диабеті қауымдастығының ұсынысы бойынша 2-типті қант диабеті бар ересек науқастардың мақсатты деңгейі $<7,0\%$ жеткендер, 45%-дан 60%-ға дейін ауытқиды, ал инсулин қабылдайтын пациенттер арасында бұл пайыздық көрсеткіш 34%-дан 40%-ға дейін құрайды [6]. Ұқсас нәтижелер Америка Құрама Штаттарының халқының арасында да байқалды, біріктірілген рандомизациялық бақыланатын деректер жинағының соңғы ретроспективті талдауында пациенттердің 51,0%-ы HbA1C $<7\%$ мақсатты деңгейіне қол жеткізген [7]. Рибейран-Прето, Сан-Паулу, Бразилия, алғашқы медициналық-санитарлық көмек жазбаларын пайдалана отырып жүргізілген зерттеу пациенттердің 44,8%-да HbA1C деңгейі

7,0%-дан төмен екенін анықтады, бұл жақсы гликемиялық бақылауды көрсетеді [8]. 55 жас және одан жоғары жастағылардың HbA1C-нің қатаң шегін пайдаланатындарда 8,0%-дан төмен, 70,6%-ында адекватты бақылау критерийіне сай болды. Жапония бойынша алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету клиникаларына барған 2-типті қант диабетімен ауыратын 9956 адамның ұлттық көлденең зерттеуі HbA1C мақсаттарына қол жеткізу деңгейі – 52,9%, артериялық қан қысымы–46,8% және липидтер – 65,5% екенін көрсетті [9]. Чехия мен Словакия Республикасы халқының арасында біріктірілген зерттеу барысында науқастардың 33,4% мақсатты HbA1C 7%-дан төмен деңгейіне қол жеткізді [10]. Германияда зерттеу мақсаты гликемиялық бақылаудың тиімділігін және біріншілік медициналық-алдын ала көмек көрсету жүйесіде нашар басқарылатын қант диабетінің таралуын бағалауға бағытталған зерттеу нәтижесі 2-типті қант диабеті бар науқастардың 61% және инсулин қабылдайтын науқастардың 40%-ында HbA1C деңгейі 7,0% -дан төмен деңгейге қол жеткізгенін анықтады [11]. Еуропаның тоғыз елінде жүргізілген талдауға негізделген PANORAMA зерттеуі 2-типті қант диабеті бар науқастардағы гликемиялық бақылауды қарастырды. 7%-дан төмен HbA1C деңгейлері бойынша нақты ұлттық көрсеткіштер ашылмағанымен, мақсатқа жалпы қол жеткізу әртүрлі емдеу әдістерін ескере отырып, Нидерландыдағы 74,1%-дан, Германияда 63,7%-ға және Түркияда 48,0%-ға дейін өзгереді [12]. 2-типті қант диабетімен ауыратын 2454 пациенттің гликемиялық деңгейін бағалау және гликемиялық бақылауға әсер ететін факторларды анықтау мақсатында Қытайда жүргізген зерттеу нәтижесінде HbA1c 7%-дан төмен мақсатты гликемиялық деңгейге осы пациенттердің 55,3%-да қол жеткізілгені анықталды [13]. 2015–2017 жылдар аралығындағы Индияда ретроспективті зерттеу пероральды гипогликемиялық дәрі қабылдаған 2-типті қант диабеті бар науқастардың деректерін талдады, қатысушылардың 76,6% -ында HbA1C бақылауы 7 % жоғары, оның ішінде 62% науқаста HbA1C 7-8% арасында екені анықталды [14].

Зерттеудің мақсаты

2-типті қант диабетімен ауыратын ересек науқастар арасында бақыланбайтын гликемиямен науқастардың үлесін бағалау және амбулаторлы-емханалық деңгейде диабетке қарсы терапияны талдау (Батыс Қазақстан).

Материалдар мен әдістер

Зерттеу дизайны: кросс-секциялық зерттеу. Зерттеу үшін пациенттерді іріктеу Ақтөбе қаласының (Қазақстан) қалалық емханаларында жүргізілді. Зерттеуге пациенттерді іріктеу 2023 жылғы қазан-желтоқсан аралығында эндокринолог дәрігерге қабылдауға келгендер арасында кездейсоқ таңдау әдісімен (эндокринологта диспансерлік есепте тұрған пациенттің әрбір бесінші медициналық картасы) жүргізілді. Деректерді жинау пациенттің «ДАМУМЕД» (damumed.kz)

бағдарламасындағы электрондық медициналық карта-сынан толықтырылды.

Зерттеу басталар алдында Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінің тәуелсіз жергілікті этикалық комитет пациенттерге арналған хаттама, келісім нысаны және ақпараттық паракты тексерді және мақұлдады. Зерттеуге қатысу алдында пациенттер жазбаша ақпараттандырылған келісім берді. Зерттеу Хельсинк декларациясының қағидаттарына және тиісті клиникалық практиканы үйлестіру жөніндегі халықаралық конференцияның ұсынымдарына сәйкес жүргізілді.

Іріктемені есептеу

Қазақстанның Батыс өңірінде 2-типті қант диабеті бар пациенттерде гликемияның мақсатты деңгейіне қол жеткізуді бағалау мақсатында жүргізілген авторлардың алдын ала пилоттық зерттеуі жиналған деректерді талдауға және негізгі зерттеуді жүзеге асыру процесінде туындауы мүмкін ықтимал проблемалар мен қиындықтарды анықтауға бағытталған. Осы зерттеу шеңберінде авторлар кейіннен зерттеу жүргізу үшін іріктеменің оңтайлы мөлшерін анықтау мақсатында іріктеменің есебін жүргізді. Осылайша, осы кросс-секциялық пилоттық зерттеу үшін іріктеме мөлшері 96 адамды құрады. Бақыланбаған гликемиясы бар пациенттердің болжамды пайызы $p = 0,5$ (50%) құрайды деп болжанды. Z деңгейі 95% сенім деңгейі үшін шамамен 1,96 құрады. Рұқсат етілген қатесі E дәлдік деңгейін қамтамасыз ететіндей болып шығуына сай таңдалды. Бұл зерттеу үшін $E = 0,1$ (10%) таңдалды. Іріктеме мөлшерін есептеуге арналған формула:

$$n = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{E^2} \quad n = \frac{1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)}{0.1^2}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.5 * (1 - 0.5)}{0.01} \quad n = \frac{0.9604}{0.01}$$

$$n = 96.04$$

Статистикалық әдістер

Деректерді статистикалық өңдеу үшін IBM SPSS 26 және GraphPad Prism 9 бағдарламалық құралы қолданылды. Реттеу туралы гипотезаны тексеру үшін Колмогоров-Смирнов және Шапиро-Вилк критерілері қолданылды. Қалыпты емес таралуы бар сандық айнымалылар медиана және квартиль аралық диапазонмен ұсынылған. Номиналды деректер абсолютті мәндер мен пайыздар түрінде ұсынылды. Екі тәуелсіз топ арасындағы айырмашылықтарды анықтау үшін Манна-Уитни U тесті қолданылды, тәуелді көрсеткіштерді салыстыру үшін Вилкоксон тесті пайдаланылды. Статистикалық маңыздылық деңгейі 0,05-ке тең қабылданды. Таңдама көлемін ескере отырып, номиналды негізде 2 тәуелсіз үлгіні салыстыру үшін Фишер сынағы қолданылды.

Зерттеу нәтижелері

2023 жылдың қазан-желтоқсан айларын қосып алғанда, зерттеуге 96 науқас қатысты: науқастардың 60,6%-ы – әйелдер және 39,4%-ы – ерлер. Тексерілген науқастар 2 топқа бөлінді: HbA1c деңгейі 7%-дан төмен 32 науқас және HbA1c деңгейі 7%-дан жоғары 64 пациент. 1-кестеде тексерілген науқастардың сипаттамалары көрсетілген.

1-кесте. Тексерілген науқастардың сипаттамалары.

Көрсеткіш	Процент
Әйелдер	60,6 %
Ерлер	39,4 %
Ауру ұзақтығы	
Алғаш анықталған қант диабеті	14,1 %
1-5 жыл	28,2 %
5-10 жыл	33,8 %
10 жылдан аса	23,9 %
Дене салмағының индексі (ДСИ)	
>25	19,7 %
25-29,9	36,6 %
30-34,9	32,4 %
35-39,9	7,0 %
40 тан жоғары	4,2 %
Жасы	
15-20 жас	2,8 %
21-30 жас	4,2 %
31-40 жас	11,3 %
41-50 жас	12,7 %
51-60жас	18,3 %
61 жастан асқан	50,7 %

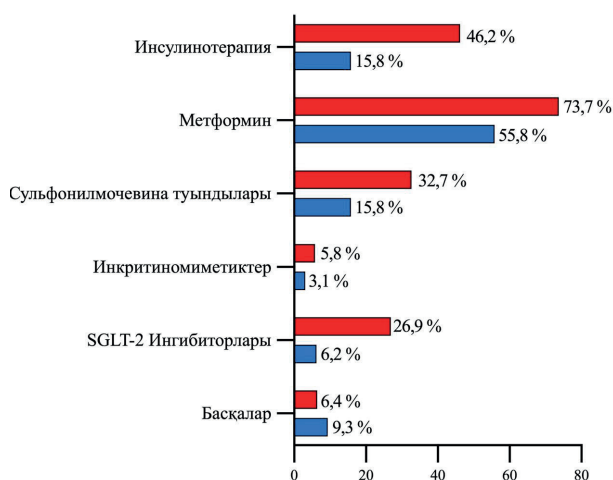
Гликемиялық деңгейлерді талдау (2-кесте) зерттеуге қосу кезінде қатысушылардың 2/3 (66,67±5,89%) көмірсулар алмасуын қанағаттанарлықсыз бақылауға ие болғанын көрсетті, пациенттердің тек 33,33±8,33% -да HbA1c деңгейі 7%-дан жоғары емес болып анықталды ($p=0.005$; $t=3,26$).

2-кесте. HbA1c деңгейіне байланысты тексерілген науқастардың көрсеткіштері

Көрсеткіш	HbA1c 7 %	HbA1c 7 %
Барлығы	N = 32 (33,33%)	N = 64 (66,67%)
Ерлер	N = 18 (56,25%)	N = 26 (40,62%)
Әйелдер	N = 14 (43,75%)	N = 38 (59,38%)
	Median (Q₂₅; Q₇₅)	Median (Q₂₅; Q₇₅)
Жасы	64,00 (51,00;71,00)	58,50 (47,25;64,76)
ДСИ, кг/м ²	29,30 (27,00;32,00)	28,00 (26,00;31,82)
Аурудың ұзақтығы, жыл	9,0 (6,00;9,00)	7,5 (5,0;10,75)
HbA1c, %	6,30 (6,10;6,80)	9,80 (8,10;10,62)

HbA1c 7%-дан жоғары пациенттердің орташа жасы HbA1c 7%-дан аз пациенттерге қарағанда біршама төмен, бұл жас гликемиялық бақылауды анықтайтын жалғыз фактор емес екенін көрсетуі мүмкін ($p=0,03$; $t=1,82$). Әйелдер HbA1c деңгейі 7%-дан асатын топтың

үлкен пайызын құрайды, бұл гендерлік теңсіздікті көрсетеді және әрі қарай зерттеуге қызығушылық тудырады. HbA1c 7%-дан жоғары топта орташа ДСИ сәл төмен, бірақ бұл айырмашылық екі топта да ДДҰ стандарттары бойынша артық салмақ ретінде жіктеледі. Гликемиялық бақылауы жақсы деңгейдегі науқастарда аурудың ұзақтығы әдетте ұзағырақ болады, бұл уақыт өте тиімді емдеу стратегияларын іздеуді көрсетуі мүмкін. Ойлағанымыздай, HbA1c деңгейі 7%-дан асатын топ үшін HbA1c процентильдері жоғары, бұл үлкен өзгергіштікті және қандағы қанттың жоғары шыңдарын көрсетеді. Зерттеу барысында біз диабетке қарсы терапияны және оның 2-типті қант диабетімен ауыратын науқастардағы мақсатты көрсеткіштерге қол жеткізуге қатысуын талдадық. 1-суретте зерттеуге қатысқан қатысушылар қабылдаған дәрілер топтары көрсетілген.



Сурет 1. Диабетке қарсы терапияда қолданылатын дәрілік заттардың топтары (көк түспен - HbA1c 7%-дан төмен; қызыл түспен - HbA1c 7%-дан жоғары)

Қазақстанның Батыс аймағында метформин 2-типті қант диабетімен ауыратын науқастарда гликемияның қажетті деңгейіне жету үшін ең кең таралған дәрі болып қала береді. Қандағы глюкоза деңгейін оңтайлы бақылауға қол жеткізетін пациенттер арасында оны жиі қолдану оның тиімділігі мен бірінші қатардағы емдеу мәртебесін растайды. Дегенмен, HbA1c деңгейлері 7%-дан жоғары болса, инсулин терапиясы және SGLT2 ингибиторлары жиірек қолданылады, бұл олардың агрессивті емдеу стратегияларында рөлін көрсетеді. Екінші жағынан, инкретин препараттары мен сульфонилмочевина туындыларын қолдану, әсіресе, HbA1c деңгейі 7%-дан төмен емделушілерде, мүмкін, олардың тиімділігіне, қауіпсіздік бейініне немесе жаңа нұсқалардың болуына байланысты (19,7%) сирек кездеседі. Бұл деректер дәрілік терапияны таңдау мен гликемиялық мақсаттарға қол жеткізу арасындағы байланысты көрсетеді, метформин табысты нәтижелермен ең жоғары байланысты көрсетеді (HbA1c <7%). Осылайша, терапияны таңдау тиімділік, қауіпсіздік және емделуге пациенттің жеке жауабы арасындағы теңгерімді көрсетуі мүмкін.

Зерттелелінген науқастардың HbA1c деңгейі 7%-дан төмен қатысушылар тобында 15,8%-ы инсулинотерапиясын алды, мақсатты мәндерге қол жеткізе алмаған топта – 46,2%. Бұл қант диабетін емдеудің алуан түрлі тәсілдерін көрсетеді, осы жағдай клиникалық ұсыныстарға да, пациенттердің қалауына да байланысты болуы мүмкін. Сондай-ақ біз қант диабетін емдеуге арналған ең кең таралған дәрілердің бірі болып табылатын метформинді науқастардың 72% пайдаланатынын, ал пациенттердің 28%-ы оны қабылдамайтынын анықтадық. Екінші жағынан, сульфонилмочевинаның туындыларын пациенттердің 20% -ында ғана қолданылады, ал пациенттердің 80% -ында бұл препараттар олардың емдеу режимінде жоқ. Инсулин өндірісін ынталандыруға арналған препараттар инкретидер пациенттердің 28%-ында қолданылады, ал 72% оларды қабылдамайды. Қандағы глюкозаның бүйрек арқылы шығарылуын жоғарылату арқылы оның деңгейін төмендететін SGLT-2 препараттары науқастардың 18%-ында қолданылады, ал пациенттердің 82%-ы оларды қабылдамайды. Бұл нәтижелер қант диабетін емдеу барысында әрбір науқастың жеке ерекшеліктері мен қажеттіліктерін ескерудің маңыздығын көрсетеді.

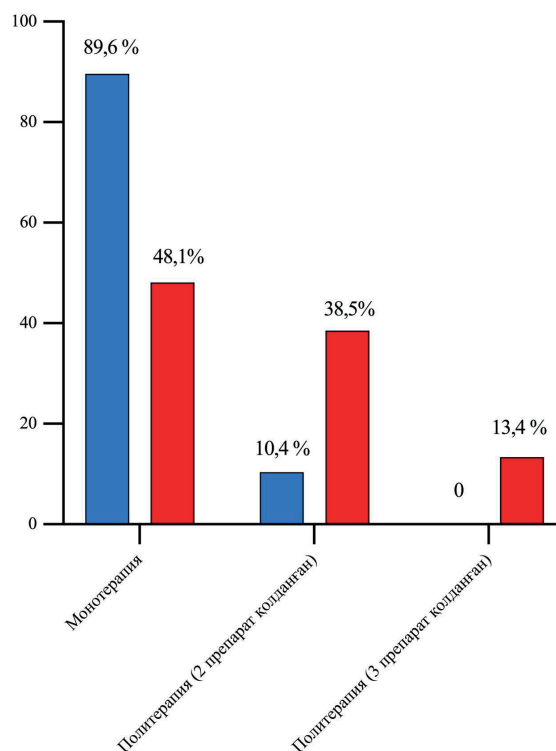
2-типті қант диабетін емдеудегі әртүрлі терапевтік режимдердің тиімділігін зерттеуде монотерапия поли-терапиямен салыстырғанда 7%-дан төмен мақсатты HbA1c деңгейіне жетуде айтарлықтай тиімдірек екені анықталды. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, монотерапияны алған пациенттердің басым көпшілігі ($p=0,001$; $t=4,02$) гликемиялық бақылау мақсаттарына сәтті қол жеткізді, ал екі немесе үш дәрілік препаратпен поли-терапия кезінде HbA1c мақсатты деңгейіне жетпеген пациенттердің пайызы айтарлықтай жоғары болды (2-сурет). Бұл қосымша дәрі-дәрмектерді енгізу әрқашан гликемиялық бақылауды жақсартпайтынын және емдеудің тиімділігі төмен болуы мүмкін екенін көрсетеді. Үштік терапияны қабылдаған пациенттердің ешқайсысы HbA1c мақсатты деңгейлеріне қол жеткізе алмағаны ерекше маңызды, бұл пациенттердің осы тобында емдеудің күрделілігін көрсетеді. Бұл нәтижелер терапияны даралау және белгілі бір аймақта 2-типті қант диабеті бар әрбір науқас үшін ең тиімді емдеу

Стратегияларын табу қажеттілігін көрсетеді.

Талқылау

Біз өз жұмысымызда проблеманың ауқымын және гликемиялық мақсаттарға қол жеткізудегі жағдайдың әртүрлілігін көрсету үшін көптеген елдердің деректеріне назар аудардық. Мысалы, АҚШ, Бразилия, Жапония, Германия, Чехия және Латын Америкасы мен Азия аймақтарындағы зерттеулердің нәтижелері ұқсас үрдістерді көрсетеді. Қант диабеті белсенді түрде бақыланатын АҚШ-та инсулин қабылдайтын пациенттердің 40%-ы HbA1c мақсаттарына жете алмайды. Пациенттердің салыстырмалы түрде жоғары пайызы гликемиялық көрсеткіштерге қол жеткізетін Бразилия мен Чехияда жағдай қолайлырақ. Жапонияда, Германияда және Нидерланды мен Түркия сияқты басқа еуропалық елдерде мақсатты HbA1c деңгейлеріне жеткен

пациенттердің үлесі де өзгереді. Мысалы, Германияда 2-типті қант диабетімен ауыратын науқастардың 61% -ында HbA1c деңгейі 7,0% төмен болса, Түркияда бұл көрсеткіш 48% құрайды. Бразилия сияқты Латын Америкасы аймақтарында және Қытай мен Үндістан сияқты Азия елдерінде жүргізілген зерттеулер пациенттердің айтарлықтай бөлігінде гликемиялық мақсаттарға жетуде проблемаларды анықтады. Осылайша, әртүрлі елдердің деректерін талдау проблеманың жаһандық сипатын және нақты аймақтардың ерекшеліктерін және пациенттердің қажеттіліктерін ескере отырып, 2-типті қант диабетін емдеудің тиімді тәсілдерін қажеттілігін көрсетеді.



Сурет 2. Зерттеудегі терапиялық ем тәсілдері (көк түспен - HbA1c 7% -дан төмен; қызыл түспен HbA1c 7% -дан жоғары)

Қорытынды

Зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, біз бірнеше негізгі статистикалық маңызды нәтижелерді таптық.

Біріншіден, біздің талдауымыз 2-типті қант диабетімен ауыратын науқастардың мақсатты гликемиялық деңгейлеріне қол жеткізе алмайтынын көрсетті, бұл зерттеу үлгісінің 66,67% құрайды. Бұл көрсеткіш пациенттердің осы санатындағы емнің тиімділігін және гликемиялық бақылауды арттыру қажеттілігін растайды.

Екіншіден, біз HbA1c деңгейіне байланысты пациенттердің жынысы бойынша бөлінуінде айтарлықтай айырмашылықтар таптық. Әйелдер HbA1c деңгейі 7%-дан асатын топтың үлкен пайызын құрайды, бұл емдеу тиімділігіндегі гендерлік теңсіздікті және осы мәселені одан әрі зерттеу қажеттілігін көрсетуі мүмкін.

Үшінші маңызды нәтиже – дәрілік терапияны таңдауға қатысты. Біз метформиннің гликемиялық мақсаттарға (HbA1c <7%) қол жеткізу үшін ең жиі қолданылатын дәрі болып қала беретінін және табысты нәтижелермен жоғары байланысты көрсететінін анықтадық.

Бұл ретте инсулинтерапиясы және SGLT-2 ингибиторлары HbA1c деңгейі 7%-дан жоғары болғанда жиі қолданылады, бұл олардың неғұрлым агрессивті емдеу стратегияларындағы рөлін көрсетеді. Сонымен қатар, біздің зерттеуіміз HbA1c мақсатты деңгейіне 7%-дан төмен жетуде политерапияға қарағанда моно-

терапияның тиімдірек екенін көрсетті. Бұл терапияны әрбір пациент үшін сипаттамаларын ескере отырып, ең тиімді емдеу стратегиясын табудың маңыздылығын көрсетеді.

Тұжырым, пациенттердің жасы, жынысы, аурудың ұзақтығы және белгілі бір дәрі-дәрмектерді қолдану параметрлер бойынша бөлінуінде байқалған статистикалық маңызды айырмашылықтар, 2-типті қант диабетін емдеуге әрбір науқастың ерекшеліктерін және олардың клиникасын ескеріп жеке көзқарастың қажеттілігін көрсетеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;183. doi: 10.1016/j.diabres.2021.109119
2. Комиссарова ЕС, Стронгин ЛГ, Тезяева СА, Беляева НГ. Целевой уровень гликемии и результаты лечения у больных сахарным диабетом 2-го типа в отделении интенсивной терапии хирургического профиля. *Проблемы эндокринологии.* 2012;58(4-2)
3. Тахиров ФА, Алимов АВ, Хайдарова ФА, Акрамова ГГ. Оценка достижения целевых уровней терапии больных сахарным диабетом 2-го типа. *Инновационные технологии в эндокринологии.* 2021;46. doi: 10.14341/Conf22-25.09.21-119
4. Avramidis I, Apsemidou A, Lalia AZ, et al. Lessons From a Diabetes Clinic: Achieving Glycemic Goals and Clinical Use of Antidiabetic Agents in Patients With Type 2 Diabetes. *Clin Diabetes.* 2020;38(3). doi: 10.2337/cd19-0090
5. Clodi M, Abrahamian H, Brath H, et al. Antihyperglykämische Therapie bei Diabetes mellitus Typ 2 (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr.* 2019;131(1).
6. WHO. Report of a World Health Organization Consultation: Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;93:299-309.
7. Blonde L, Brunton SA, Chava P, et al. Achievement of target A1C <7.0% (<53 mmol/mol) by U.S. type 2 diabetes patients treated with basal insulin in both randomized controlled trials and clinical practice. *Diabetes Spectr.* 2019;32(2). doi: 10.2337/ds17-0082
8. Calixto AAS, Franco LJ, La Banca Barber RO, et al. Glycemic outcomes of people with diabetes mellitus in Brazilian primary health care. *Int J Diabetes Dev Ctries.* Published online March 1, 2023. doi: 10.1007/s13410-023-01203-6
9. Yokoyama H, Oishi M, Takamura H, et al. Large-scale survey of rates of achieving targets for blood glucose, blood pressure, and lipids and prevalence of complications in type 2 diabetes (JDDM 40). *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2016;4(1). doi: 10.1136/bmjdr-2016-000294
10. Brož J, Janičková Žďárská D, Urbanová J. Results of Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in the Czech Republic: Do They Reflect the Current Status in Other Countries? *Diabetes Ther.* 2019;10(4):1181-1188. doi: 10.1007/s13300-019-0637-z
11. Демидова ТЮ, Титова ВВ. Роль самоконтроля гликемии в лечении пациентов сахарным диабетом 2-го типа и достижение целевого уровня показателей углеводного обмена: *Терапия.* 2023; (67):85-93. doi: 10.18565/therapy.
12. De Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Bradley C, et al. Current level of glycaemic control and its associated factors in patients with type 2 diabetes across Europe: Data from the PANORAMA study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2014;80(1). doi: 10.1111/cen.12119
13. Borgharkar SS, Das SS. Real-world evidence of glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in India: The TIGHT study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2019;7(1):1-8. doi: 10.1136/bmjdr-2019-000654.
14. Shan S, Gu L, Lou Q, et al. Evaluation of glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus in Chinese communities: a cross-sectional study. *Clin Exp Med.* 2017;17(1). doi: 10.1007/s10238-015-0406-x.

Әдебиеттер тізімі:

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;183. doi: 10.1016/j.diabres.2021.109119.
2. Комиссарова ЕС, Стронгин ЛГ, Тезяева СА, Беляева НГ. Целевой уровень гликемии и результаты лечения у больных сахарным диабетом 2 типа в отделении интенсивной терапии хирургического профиля. *Проблемы эндокринологии.* 2012;58(4-2). [in Russian]
3. Tahirov FA, Alimov AV, Hajdarova FA, Akramova GG. Ocenka dostizheniya celevykh urovnej terapii bol'nyh saharnym diabetom 2 tipa. *Innovacionnye tekhnologii v endokrinologii.* 2021; 46. doi: 10.14341/Conf22-25.09.21-119. [in Russian]
4. Avramidis I, Apsemidou A, Lalia AZ, et al. Lessons From a Diabetes Clinic: Achieving Glycemic Goals and Clinical Use of Antidiabetic Agents in Patients With Type 2 Diabetes. *Clin Diabetes.* 2020;38(3). doi: 10.2337/cd19-0090.
5. Clodi M, Abrahamian H, Brath H, et al. Antihyperglykämische Therapie bei Diabetes mellitus Typ 2. *Wien Klin Wochenschr.* 2019;131(1).
6. WHO. Report of a World Health Organization Consultation: Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;93:299-309.
7. Blonde L, Brunton SA, Chava P, et al. Achievement of target A1C <7.0% (<53 mmol/mol) by U.S. type 2 diabetes patients treated with basal insulin in both randomized controlled trials and clinical practice. *Diabetes Spectr.* 2019;32(2). doi: 10.2337/ds17-0082.
8. Calixto AAS, Franco LJ, La Banca Barber RO, et al. Glycemic outcomes of people with diabetes mellitus in Brazilian primary health care. *Int J Diabetes Dev Ctries.* Published online March 1, 2023. doi: 10.1007/s13410-023-01203-6.
9. Yokoyama H, Oishi M, Takamura H, et al. Large-scale survey of rates of achieving targets for blood glucose, blood pressure, and lipids and prevalence of complications in type 2 diabetes (JDDM 40). *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2016;4(1). doi: 10.1136/bmjdr-2016-000294
10. Brož J, Janičková Žďárská D, Urbanová J. Results of Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in the Czech Republic: Do They Reflect the Current Status in Other Countries? *Diabetes Ther.* 2019;10(4):1181-1188. doi: 10.1007/s13300-019-0637-z
11. Demidova TYU, Titova VV. Rol' samokontrolya glikemii v lechenii patsiyentov sakharным diabetom 2-go tipa i dostizheniye tselevogo urovnya pokazateley uglevodnogo obmena: *Terapiya.* 2023; (67):85-93. doi: 10.18565/therapy. [in Russian]
12. De Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Bradley C, et al. Current level of glycaemic control and its associated factors in patients with type 2 diabetes across Europe: Data from the PANORAMA study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2014;80(1). doi: 10.1111/cen.12119
13. Borgharkar SS, Das SS. Real-world evidence of glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in India: The TIGHT study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2019;7(1):1-8. doi: 10.1136/bmjdr-2019-000654.
14. Shan S, Gu L, Lou Q, et al. Evaluation of glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus in Chinese communities: a cross-sectional study. *Clin Exp Med.* 2017;17(1). doi: 10.1007/s10238-015-0406-x.



УДК 614.253.5:331.101.32

МРНТИ 76.75, 06.77.73

M.KH. MAXUDOVA^{1,2}, G.B. BARLYKOVA¹, D.A. OSPANOVA¹, N.ZH. USSEBAYEVA¹,
L.S.YERMUKHANOVA², ZH.A. DOSTANOVA², M.B. KURGANBEKOVA²

NURSING STAFF PERCEPTIONS OF WORKING CONDITIONS IN PAVLODAR

¹ Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan² Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, KazakhstanMaxudova M.Kh. – <https://orcid.org/0009-0004-5354-7007>Barlykova G.B. – <https://orcid.org/0009-0002-1167-5735>Ospanova D.A. – <https://orcid.org/0000-0002-2206-7367>Ussebayeva N.Zh. – <https://orcid.org/0009-0008-7293-7827>Yermukhanova L.S. – <https://orcid.org/0000-0002-4073-0070>Dostanova Zh.A. – <https://orcid.org/0000-0002-2531-7106>Kurganbekova M.B. – <https://orcid.org/0000-0002-3739-2365>

Библиографиялық сілтеме:

Максудова МХ, Барлыкова ГБ, Оспанова ДА, Усебаева НЖ, Ермуханова ЛС, Достанова ЖА, Курганбекова МБ. Мейіргер қызметкерлерінің еңбек жағдайларына қанағаттануы (Павлодар қаласы). *Гылым алиансы*. 2024;1(2):82-87.

Citation:

Maxudova MKh, Barlykova GB, Ospanova DA, Ussebayeva NZh, Yermukhanova LS, Dostanova ZhA, Kurganbekova MB. Nursing Staff Perceptions of Working Conditions in Pavlodar. *Gylim aliandsy*. 2024;1(2):82-87.

Библиографическая ссылка:

Максудова МХ, Барлыкова ГБ, Оспанова ДА, Усебаева НЖ, Ермуханова ЛС, Достанова ЖА, Курганбекова МБ. Удовлетворенность сестринского персонала условиями труда (город Павлодар). *Гылым алиансы*. 2024;1(2):82-87.

Мейіргер қызметкерлерінің еңбек жағдайларына қанағаттануы (Павлодар қаласы)

М.Х. Максудова^{1,2}, Г.Б. Барлыкова¹, Д.А. Оспанова¹, Н.Ж. Усебаева¹, Л.С. Ермуханова², Ж.А. Достанова², М.Б. Курганбекова²

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан²Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Еңбекке қанағаттану – бұл мейіргерлердің жұмысқа деген көзқарасына және кейіннен мейіргерлік көмектің сапасына тікелей әсер ететін эмоционалды жағдайы. Мейіргерлердің жұмысына қанағаттануға әсер ететін факторларға мыналар жатады: еңбекақы, жұмыс орнының жағдайы, ұжымдағы қарым-қатынас, мансаптық өсу мүмкіндіктері.

Мақсаты. Мейіргерлердің еңбек жағдайларына қанағаттану деңгейін зерттеу.

Әдістері. Павлодар қаласының 89 мейіргеріне мейіргер қызметкерлерінің еңбек жағдайларына қанағаттануы мәселелері бойынша сауалнама жүргізілді.

Нәтижелер. Еңбекке қанағаттану дәрежесіне әсер ететін төрт негізгі фактор анықталды: еңбекті ұйымдастыру, жалақы, мансаптық перспективалар, ұжымдағы қатынастар. Қанағаттанбаушылықтың ең маңызды көзі – жалақы деңгейі. Мейіргерлердің 43,3%-ы еңбек жағдайына көңілі толмайды. Респонденттердің 42,7%-ы өз мамандығының арқасында болашаққа және қаржылық тұрақтылыққа сенімді. Медбикелердің тек 24,7%-ы жұмыс орнындағы кірістеріне толық сәйкес келетін жалақы мөлшеріне қанағаттанады. Өз мансабын дамыту бойынша респонденттердің 50%-ы қанағаттандырылады, ал 40%-ы қолда бар перспективаларға қанағаттанбайды. Медициналық ұйымның еңбек ұжымындағы қызметкерлермен қарым-қатынас мәселелерінде респонденттердің жартысы қарым-қатынастың қолда бар деңгейіне қанағаттанған, ал 40%-ы мұндай жағдайларға қанағаттанбаған жағдай байқалады.

Қорытынды. Еңбекке қанағаттану мейіргерлік көмектің сапасына әсер ететін көптеген факторларға байланысты. Сондықтан халыққа мейіргерлік көмек көрсету сапасын арттыру үшін қолайлы еңбек жағдайларын жасау маңызды болып табылады.

Негізгі сөздер: еңбек жағдайлары, мейіргер қызметкерлері, жұмысқа қанағаттану, жалақы, мансап

Nursing Staff Perceptions of Working Conditions in Pavlodar

M.Kh. Maxudova^{1,2}, G.B. Barlykova¹, D.A. Ospanova¹, N.Zh. Ussebayeva¹, L.S.Yermukhanova², Zh.A. Dostanova², M.B. Kurganbekova²

¹Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan²Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Job satisfaction is an emotional state of nurses that directly affects their attitude towards



Maxudova Makhigul
e-mail: mahi@list.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
25.03.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
27.05.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

work and, subsequently, the quality of the provided nursing care. Factors influencing nurses' job satisfaction include payment for work, workplace conditions, relationships in the team, and career opportunities.

Purpose. This study aims to assess the level of job satisfaction among nurses with regard to their working conditions.

Methods. A survey was conducted among 89 nurses in Pavlodar to assess their satisfaction with working conditions.

Results. Four main factors influencing the degree of job satisfaction were identified: organization of work, salary, career prospects, and relationships in the team. The most significant source of dissatisfaction was the level of salary. Specifically, 43.3% of nurses were dissatisfied with their working conditions. Additionally, 42.7% of respondents expressed confidence in the future and financial stability of their profession. Only 24.7% of nurses were satisfied with their salary, which they felt fully corresponded to their contribution to work. Regarding career development, 50% of respondents were satisfied, while 40% were dissatisfied with the existing prospects. As for relationships between employees in the medical organization, a similar situation was observed: half of the respondents were satisfied with the current level of relationships, and 40% were dissatisfied.

Conclusion. Job satisfaction depends on many factors that ultimately affect the quality of nursing care. Thus, it is important to create favorable working conditions to improve the quality of nursing care provided to the general public.

Keywords: working conditions, nursing staff, job satisfaction, salary, career

Удовлетворенность сестринского персонала условиями труда (город Павлодар)

М.Х. Максудова^{1,2}, Г.Б. Барлыкова¹, Д.А. Оспанова¹, Н.Ж. Усебаева¹,
Л.С. Ермуханова², Ж.А. Достанова², М.Б. Курганбекова²

¹Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан

²Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Удовлетворенность трудом является эмоциональным состоянием медицинских сестер, которое напрямую воздействует на отношение к работе и впоследствии на качество сестринской помощи. К факторам, влияющим на удовлетворенность работой медицинских сестер, относятся: оплата труда, условия рабочего места, взаимоотношения в коллективе, возможности карьерного роста.

Цель. Изучить уровень удовлетворенности медицинских сестер условиями труда.

Методы. Проведено анкетирование 89 медсестер города Павлодар по вопросам удовлетворенности сестринского персонала условиями труда.

Результаты. Определены четыре основных фактора, влияющих на степень удовлетворенности трудом: организация труда, заработная плата, карьерные перспективы, отношения в коллективе. Важнейшим источником неудовлетворенности является уровень заработной платы. Условиями труда не удовлетворены 43,3% медсестер, 42,7% респондентов, благодаря своей профессии, уверены в завтрашнем дне и финансовой стабильности. Только 24,7% медсестер удовлетворены суммой своей заработной платы, которая полностью соответствует их отдаче на рабочем месте. По развитию своей карьеры удовлетворенными являются 50% респондентов, когда 40% не удовлетворены имеющимися перспективами. В вопросах взаимоотношения с сотрудниками в трудовом коллективе медицинской организации наблюдается аналогичная ситуация, когда половина респондентов удовлетворена имеющимся уровнем взаимоотношений, а 40% не удовлетворены таковыми.

Выводы. Удовлетворенность трудом зависит от многих факторов, которые в итоге влияют на качество сестринской помощи. Поэтому важным является создание благоприятных условий труда для повышения качества сестринской помощи населению.

Ключевые слова: условия труда, сестринский персонал, удовлетворенность работой, заработная плата, карьера

Introduction

Nurses are the most numerous profession in healthcare. They provide care directly to patients and constantly interact with them [1]. The working conditions of nurses

should be designed to maximize their ability to focus on their duties and provide high-quality nursing care [2]. Job satisfaction reflects the extent to which nurses enjoy their professional activities [3]. Therefore, satisfaction with working conditions and work in general has a positive

impact on the quality of provided medical care, which in turn influences patient treatment outcomes [4,5]. It is worth noting that general dissatisfaction with their work affects the level of emotional burnout among nurses, which leads to inefficiency and negatively impacts overall patient care [6].

Job satisfaction among nurses is trending downward worldwide. A study by Charlotte Pietersen (2005) identified the main factors of job dissatisfaction: salary level and career advancement. Therefore, it is important to conduct such studies to identify factors of dissatisfaction and determine measures that should be taken to increase work motivation and develop a work environment that meets the needs of nurses [7].

The study by Er and Sökmen (2018) showed that the work environment in a province of eastern Turkey was not physically adequate and suitable for providing safe patient care. The reason was that the physical conditions in medical organizations were not organized to meet the nurses' needs and work requirements [4]. Furthermore, the study by White et al. (2019) noted the negative impact of both job dissatisfaction and emotional burnout of nurses on the quality of nursing care in the United States [6].

Job satisfaction is the emotional state of medical personnel, reflecting how satisfied they are with their work. The multifactorial nature of satisfaction with the working conditions of nurses provides the administration of medical organizations with ample opportunities to meet the needs of employees. Various factors influence satisfaction with working conditions, including salaries, workplace conditions, relationships within the team, and career growth [1,2]. Thus, the administration of medical organizations that understands the level of satisfaction with working conditions can focus efforts on improving them and increasing the satisfaction of nursing staff, which in turn will help to improve the quality of nursing care [1].

The purpose of this research is to study the level of satisfaction of nurses with working conditions in Pavlodar.

Methods

A cross-sectional study was conducted among nurses in Pavlodar in November-December 2023. Data collection was carried out through anonymous questionnaires completed by nurses, in compliance with the ethical standards and requirements of the Declaration of Helsinki. A total of 89 nurses participated in the study. All participants were informed about the purpose of the study and their rights before the start.

The data collection tool was a questionnaire containing 40 questions. For convenience, the survey was conducted online using Google Forms (<https://forms.gle/YV2eQVSmK6pmsJCz8>), which provided advantages in response speed, coverage, and more [8,9]. The questions were divided into three sections: demographic data of respondents, information about the structure of the medical organization, and questions to identify the satisfaction of medical staff with their working conditions. An invitation to the survey was distributed via WhatsApp, explaining the purpose of the study, conditions of anonymity, and

respondents' rights. If respondents agreed to participate, they simply followed the questionnaire link and filled out the required fields. In this study, the level of internal consistency of the questionnaire was measured using Cronbach's alpha, which was 0.898 [10].

Descriptive statistics methods were used to describe the sample. The statistical package SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics, USA) was used to analyze the data.

Results

The study was conducted in Pavlodar in November-December 2023. A total of 89 nurses agreed to participate, among which 96.6% were female. The average age of the respondents was 40.4 years (SD = 12.5). More than half of the nurses (57.3%) were aged 40 and above, while 42.7% were between 20 and 40 years old. Most of the respondents (88.8%) were nurses, 6.7% were advanced practice nurses, and 4.5% held the position of head nurse. The average work experience of the respondents was 17.4 years (SD = 12.45). Specifically, 41.6% had 0-10 years of work experience, 14.6% had 11-20 years, 28.1% had 21-30 years, and 5.6% (five nurses) had more than 40 years of experience.

Regarding the structure of the medical organizations where the respondents worked, the vast majority (96.6%) were employed in public medical institutions located in urban areas. Only three nurses (3.4%) worked in the private healthcare sector. Nearly half of the respondents (49.4%) were employed in large medical organizations with more than 250 employees. A quarter (23.6%) worked in small organizations with up to 25 employees, and a fifth (21.3%) worked in medical organizations with 25-99 employees.

Satisfaction with working conditions is presented in Figure 1. A quarter of the respondents (20.2%-25.8%) completely disagreed with the given statements about their working conditions. Slightly more respondents indicated their agreement with all statements (21.3%-32.6%). Additionally, about a tenth of respondents found it difficult to answer all the statements (7.9%-14.6%). This indicates that nurses are willing to work even in less than ideal conditions, motivated by other factors that encourage them to continue their professional activities.

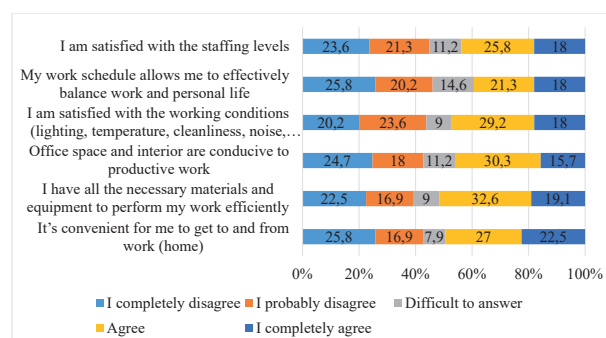


Figure 1. Work conditions for nurses (%)

Regarding payment for work, the respondents were asked to answer five statements presented in Table 1. Only a tenth of the respondents believed that their salary met

Table 1. Satisfaction with compensation for work (n=89)

Index	Possible answer	n	%
I believe that my salary corresponds to situation on the labor market	I completely disagree	34	38,2
	I probably disagree	18	20,2
	Difficult to answer	11	12,4
	Agree	15	16,9
	I completely agree	11	12,4
I believe that my salary corresponds to the level of my contribution to work	I completely disagree	32	26,0
	I probably disagree	17	19,1
	Difficult to answer	18	20,2
	Agree	10	11,2
	I completely agree	12	13,5
I believe that material and non-material compensation is commensurate with my level of professionalism	I completely disagree	25	28,1
	I probably disagree	20	22,5
	Difficult to answer	18	20,2
	Agree	13	14,6
	I completely agree	13	14,6
The non-material incentive system meets my expectations	I completely disagree	22	24,7
	I probably disagree	24	27,0
	Difficult to answer	17	19,1
	Agree	12	13,5
	I completely agree	14	15,7
I feel confident in the future working in a medical organization	I completely disagree	18	20,2
	I probably disagree	20	22,5
	Difficult to answer	13	14,6
	Agree	23	25,8
	I completely agree	15	16,9

their expectations and standard of living, as well as the salary level in the labor market. In contrast, 38.2% of nurses felt that their salaries did not correspond to the labor market conditions. Meanwhile, 42.7% of respondents expressed confidence in the future. The non-financial incentive system did not meet the expectations of 51.7% of nurses. Additionally, 50.6% believed that material and non-material compensation did not correspond to their level of professionalism, while 45.1% felt that their salary

matched their contribution to work. However, 58.4% believed their salaries did not align with the labor market conditions. As a result, almost half of all respondents were dissatisfied with the system of material and non-material compensation at work.

A one-way ANOVA test showed the significance of age in influencing variables such as “I believe that my salary corresponds to the situation in the labor market” ($F = 2.775$, $p = 0.032$) and “I believe that my salary corresponds to the level of my contribution to work” ($F = 2.799$, $p = 0.031$). This indicates that work experience significantly impacts perceptions of salary adequacy and alignment with market conditions. Work experience enables an adequate assessment of personal contribution and deserved salary.

As seen in Figure 2, career opportunities were rated quite highly by nurses. Almost half of the respondents (40%-60%) agreed with all statements regarding career opportunities. However, a quarter of the respondents expressed complete disagreement with these statements. Specifically, 25.8% did not understand how employees are promoted in the medical field, and 19.1% believed that their current position did not correspond to their level of professionalism and service to the organization. Thus, opinions on career development were divided, with 40% disagreeing, 50% agreeing, and 10% finding it difficult to answer.

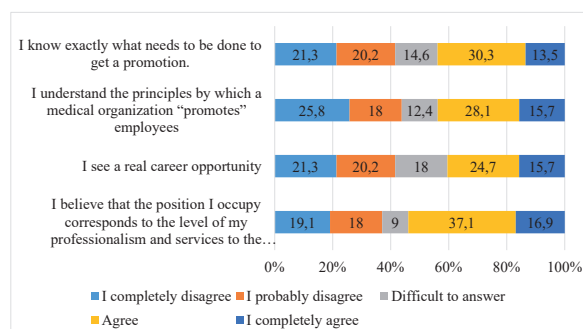


Figure 2. Career Opportunities for Nurses (%)

Regarding relationships within the team, respondents were asked to evaluate several statements (Table 3). Half of the respondents believed that all departments worked towards a common goal and that the team had a friendly atmosphere conducive to productive work. They felt confident that if they asked for help, they would receive support. Overall, the respondents were satisfied

Table 2. ANOVA: influence of age on compensation level (n=89)

		Sum of squares	df	Mean square	F	Significance
I believe that my salary corresponds to situation on the labor market	Between groups	21,713	4	5,428	2,775	0,032
	Within groups	164,309	84	1,956		
	Total	186,022	88			
I believe that my salary corresponds to the level of my contribution to work	Between groups	20,958	4	5,240	2,799	0,031
	Within groups	157,221	84	1,872		
	Total	178,180	88			

with their team relationships. However, a fifth of the surveyed nurses expressed strong disagreement with the given statements, and a tenth abstained from expressing their opinion, finding these questions difficult to answer. Thus, in the section on team relationships, the same ratio of disagreement to agreement (40%:50%) was observed, with 10% of respondents finding it difficult to answer.

Table 3. Satisfaction with relationships in the workplace (n=89)

Index	Possible answer	n	%
All departments work for a common result	I completely disagree	18	20,2
	I probably disagree	16	18,0
	Difficult to answer	8	9,0
	Agree	31	34,8
	I completely agree	16	18,0
I rate the atmosphere as friendly and focused on productive work	I completely disagree	19	21,3
	I probably disagree	16	18,0
	Difficult to answer	11	12,4
	Agree	28	31,5
	I completely agree	15	16,9
If I ask my colleagues for help, I most likely receive it	I completely disagree	18	20,2
	I probably disagree	15	16,9
	Difficult to answer	6	6,7
	Agree	32	36,0
	I completely agree	18	20,2
I am satisfied with the relationships I have with my work colleagues	I completely disagree	17	19,1
	I probably disagree	16	18,0
	Difficult to answer	11	12,4
	Agree	27	30,3
	I completely agree	18	20,2

Discussion

Our study examined the influence of four factors on satisfaction with working conditions among nurses. We found that 43.3% of respondents were dissatisfied with their current working conditions, while 46.3% were completely satisfied. Additionally, 42.7% of respondents felt confident in the future and financial stability of their profession. However, only 24.7% of nurses were satisfied with their salary, feeling it fully corresponded to their contribution to work. Regarding career development, 50% of respondents were satisfied, whereas 40% were dissatisfied with the existing prospects. Similarly, in terms of relationships among employees, half of the respondents were satisfied with the current level, while 40% were dissatisfied.

The limitations of our study include its limited sample size and geographic coverage. The study was conducted among 89 nurses in Pavlodar. Future research should extend the study to a larger geographic area to analyze job satisfaction levels among nurses in other regions of Kazakhstan and the country as a whole.

One strength of the study is the comprehensive questionnaire, which allowed for data collection in three

main sections: demographic data, information about the structure of the medical organization, and questions to determine satisfaction with working conditions. The internal consistency of the entire questionnaire was high, with a Cronbach's alpha of 0.898. The study showed that employees of public health sector and large medical organizations participate in social surveys most often. Four main factors influencing job satisfaction were identified: organization of work, salary, career prospects, and relationships within the team. The primary source of dissatisfaction was the level of nurses' salaries.

A similar study by Charlotte Pietersen found that 61% of respondents were dissatisfied with their salaries in the Limpopo province of South Africa, feeling inadequately compensated for their work. Only 49% were satisfied with their organizations, and 57% of respondents, regardless of age and education, were dissatisfied with their working conditions [7].

In a study by Sommer et al. (2024), 58.3% of nurses in Germany (N=1340) were dissatisfied with their salaries and the general organization of services, highlighting the need for more reliable schedules and fewer unscheduled shifts [11].

An assessment by Er (2018) found that a majority of nurses considered their physical working conditions unsatisfactory (64.1%), although the tools and equipment at the workplace were adequate (52.1%). In general, respondents noted they did not have proper conditions to provide safe care to patients (53.4%) [4].

According to Kvist's research, job satisfaction was quite high among Finnish nurses, but they lacked decision-making opportunities due to the peculiarities of the Finnish healthcare system [5].

A study by Abildinova et al. (2020) found a similar distribution of satisfied (50.1%) and dissatisfied (49.9%) specialists, with the main source of dissatisfaction being salary levels (17.55%). The greatest source of satisfaction was relationships with immediate supervisors and colleagues [12].

Amanbekov's study revealed low salaries, high workloads, and a desire among nurses to change jobs if possible. However, many respondents viewed their team as family and had strong sympathy for their colleagues. To improve the quality of nursing services, the study proposed raising salaries and improving material and technical equipment [13].

Conclusion

The degree of satisfaction with working conditions depends on many factors. Our study surveyed 89 nurses in Pavlodar, with an average age of 40.4 years (SD=12.5) and an average work experience of 17.4 years (SD=12.45), most of whom work in the public health sector (96.6%).

The study revealed an average level of satisfaction among medical personnel regarding their working conditions. Specifically, 38.2% of nurses consider their salaries inconsistent with the current labor market situation, and 50.6% indicated that both material and non-material compensation do not correspond to their level of

professionalism. As a result, almost half of the respondents remain dissatisfied with the system of compensation at their workplace.

Additionally, only 50% of respondents recognized opportunities for career growth and the development of

friendly relationships with colleagues. Therefore, the main factors contributing to dissatisfaction are inadequate salary levels, unclear career prospects, and unfavorable relationships within the work team.

References:

1. Krepia V, Kourakos M, Kafkia T. Special Article Job Satisfaction of Nurses: A Literature Review. *International Journal of Caring Sciences*. 2023;16(3):1754.
2. Юсупова КИ, Матвеева ТЮ. Удовлетворенность трудом медицинского персонала на примере ГАУЗ РКИБ. *Вопросы науки и образования*. 2018;8(20):50-54.
3. McCloskey JC, McCain BE. Satisfaction, commitment and professionalism of newly employed nurses. *Image J Nurs Sch*. 1987;19(1):20-4. doi: 10.1111/j.1547-5069.1987.tb00581.x.
4. Fatma Er, Serap S. Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5(2):206-212. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.01.001
5. Kvist T, Mäntynen R, Partanen P, Turunen H, Miettinen M, Vehviläinen-Julkunen K. The Job Satisfaction of Finnish Nursing Staff: The Development of a Job Satisfaction Scale and Survey Results. *Nursing Research and Practice*. 2012; ID 210509:11. doi: 10.1155/2012/210509
6. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(10):2065-2071. doi: 10.1111/jgs.16051.
7. Pietersen C. Job Satisfaction of Hospital Nursing Staff. *SA Journal of Human Resource Management*. 2005;3(2). doi: 10.4102/sajhrm.v3i2.66
8. Гладкова ЛН, Жилина АА, Кокорина МВ. Онлайн-анкетирование как способ получения данных для написания ВКР. *CHRONOS*. 2019;11(38):56-57.
9. Regmi PR, Waithaka E, Paudyal A, Simkhada P, van Teijlingen E. Guide to the design and application of online questionnaire surveys. *Nepal Journal of Epidemiology*. 2016;6(4):640-644. doi: 10.3126/nje.v6i4.17258.
10. Фомина ЕЕ. Обзор методов оценки надежности измерительной шкалы в социологических исследованиях. *Экономика. Социология. Право*. 2018;4(12):68-70.
11. Sommer D, Wilhelm S, Wahl F. Nurses' Workplace Perceptions in Southern Germany-Job Satisfaction and Self-Intended Retention towards Nursing. *Healthcare*. 2024;12(2):172. doi: 10.3390/healthcare12020172
12. Абилюдинова СК, Кулов ДБ, Болатбекова АА, Ердесов НЖ. Оценка удовлетворенности профессиональной деятельностью медицинских сестер ПМСР. *Медицина и экология*. 2020;2(95):95-103.
13. Аманбеков АА, Касиев НК. Удовлетворенность специалистов сестринского дела профессиональной деятельностью. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2021;6:72-77.

References:

1. Krepia V, Kourakos M, Kafkia T. Special Article Job Satisfaction of Nurses: A Literature Review. *International Journal of Caring Sciences*. 2023;16(3):1754.
2. Yusupova KI, Matveeva TYu. Uдовлетворенность трудом медицинского персонала на примере ГАУЗ РКИБ. *Вопросы науки и образования*. 2018;8(20):50-54. [in Russian]
3. McCloskey JC, McCain BE. Satisfaction, commitment and professionalism of newly employed nurses. *Image J Nurs Sch*. 1987;19(1):20-4. doi: 10.1111/j.1547-5069.1987.tb00581.x.
4. Fatma Er, Serap S. Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5(2):206-212. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.01.001.
5. Kvist T, Mäntynen R, Partanen P, Turunen H, Miettinen M, Vehviläinen-Julkunen K. The Job Satisfaction of Finnish Nursing Staff: The Development of a Job Satisfaction Scale and Survey Results. *Nursing Research and Practice*. 2012;2012:210509. doi: 10.1155/2012/210509.
6. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(10):2065-2071. doi: 10.1111/jgs.16051.
7. Pietersen C. Job Satisfaction of Hospital Nursing Staff. *SA Journal of Human Resource Management*. 2005;3(2). doi:10.4102/sajhrm.v3i2.66.
8. Gladkova LN, Zhilina AA, Kokorina MV. Onlajn-anketirovanie kak sposob polucheniya dannyh dlya napisaniya VKR. *CHRONOS*. 2019;11(38):56-57. [in Russian]
9. Regmi PR, Waithaka E, Paudyal A, Simkhada P, van Teijlingen E. Guide to the design and application of online questionnaire surveys. *Nepal Journal of Epidemiology*. 2016;6(4):640-644. doi: 10.3126/nje.v6i4.17258.
10. Fomina EE. Obzor metodov ocenki nadezhnosti izmeritelnoy shkaly v sociologicheskikh issledovaniyah. *Ekonomika. Sociologiya. Pravo*. 2018;4(12):68-70. [in Russian]
11. Sommer D, Wilhelm S, Wahl F. Nurses' Workplace Perceptions in Southern Germany-Job Satisfaction and Self-Intended Retention towards Nursing. *Healthcare*. 2024;12(2):172. doi: 10.3390/healthcare12020172
12. Abildinova SK, Kulov DB, Bolatbekova AA, Erdesov NZh. Ocenka udovletvorennosti professionalnoy deyatel'nostyu medicinskih sester PMSR. *Medicina i ekologiya*. 2020;2(95):95-103. [in Russian]
13. Amanbekov AA, Kasiev NK. Uдовлетворенность специалистов сестринского дела профессиональной деятельностью. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki*. 2021;6:72-77. [in Russian]



УДК 614.253.5:316.46
МРНТИ 76.75

Р.А. АБЗАЛОВА¹, Р.А. ХОЖАМКУЛ^{2,3}

ЛИДЕРСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЕ ПМСП ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ БЛАГОСОСТОЯНИЯ В РАМКАХ ПРОЕКТА МИОМОС

¹Национальная Ассоциация Primary Healthcare

²Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

³Казахский Национальный Университет им Аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Абзалова Р.А. – <https://orcid.org/0000-0002-4176-5689>

Хожамкул Р.А. – <https://orcid.org/0000-0002-6771-7378>

Библиографиялық сілтеме:

Абзалова РА, Хожамкул РА. АҚМКБМ жобасы аясында әл-ауқатты жақсарту мақсатында медициналық көмектің сапасын арттыру үшін көп бейінді МСАК командасындағы мейірбике маманының көшбасшылығы және әлеуметтік рөлі. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):88-95.

Citation:

Abzalova RA, Khozhamkul RA. Improving quality of medical care and well-being of a nurse in a multidisciplinary PHC team through developing their leadership and social roles within the framework of MIOMOS project. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):88-95.

Библиографическая ссылка:

Абзалова РА, Хожамкул РА. Лидерская и социальная роль специалиста сестринского дела в мультидисциплинарной команде пмсп по повышению качества медицинской помощи в целях повышения благосостояния в рамках проекта миомос (механизм информирования общественного мониторинга обратной связи). *Gylym aliansy*. 2024;1(2):88-95.

АҚМКБМ жобасы аясында әл-ауқатты жақсарту мақсатында медициналық көмектің сапасын арттыру үшін көп бейінді АМСК командасындағы мейірбике маманының көшбасшылығы және әлеуметтік рөлі

Р.А. Абзалова¹, Р.А. Хожамкул^{2,3}

¹Primary Health Care Ұлттық қауымдастығы, Астана, Қазақстан

²С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

³Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан

Қазақстандағы алғашқы медициналық-санитарлық көмекте (АМСК) мейірбикелік іс өзгерістерге ұшырауда. Бұл өзгерістер Алғашқы медициналық көмек көрсетуді жақсартуға және пациенттердің нәтижелерін жақсартуға бағытталған, бұл "Барлығына денсаулық" мақсатына жетуге көмектеседі.

Мақсаты. Бұл зерттеудің мақсаты Қазақстандағы АМСК медбикелерінің ағымдағы тәжірибесін және олардың кешенді медициналық және профилактикалық көмек көрсетудегі рөлін, сондай-ақ олардың халықтың құқықтары мен мүмкіндіктерін кеңейтуге қатысуын талдау болып табылады.

Әдістері. Біз №5 Тараз қалалық емханасында АМСК командаларының мейірбике ісінің 20 маманынан және №2 Тараз қалалық емханасында АМСК командаларының мейірбике ісінің 24 маманынан нақты жұмыс көлемі мен қызметкерлердің құқықтары мен мүмкіндіктерін кеңейту шкаласы туралы сауалнаманы пайдалана отырып, деректерді жинау үшін кросс-бақылау әдісін қолдандық.

Нәтижелер. АМСК медбикелік іс мамандарының медициналық көмек пен коммуникацияны үйлестірудегі рөлі өте маңызды, дегенмен медициналық көмекті бірлесіп жоспарлауда жақсартуға мүмкіндік бар. Пациенттерді оқыту және кеңес беру практиканың ажырамас құрамдас бөлігі болып табылады, ал АМСК үздік практика орталықтарының мейірбике ісі мамандары оларды белсенді түрде жүзеге асырады, бірақ психикалық денсаулық мәселелері бойынша консультацияны кеңейту қажет. Сонымен қатар, АМСК мейірбике ісі мамандарының ықпалын кеңейту үшін адамдарды тікелей қауымдастықтарында қамту арқылы көшбасшылық дағдыларды қолдану мүмкіндігі бар. МИОМОС жобасы бұған көмектесе алады, зерттеу нәтижелері көрсеткендей, бұл жоба алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету мекемелеріндегі оң өзгерістерге ықпал ете отырып, медбике ісі мамандарының мүмкіндіктерін кеңейтуге және АМСК медбикелерінің көшбасшылығын дамытуға айтарлықтай әсер етті.

Қорытынды. Қорытындылай келе, бұл зерттеу АМСК-тағы мейірбикелік іс мамандары тәжірибесінің әртүрлі аспектілері туралы құнды ақпарат беріп, күшті жақтары мен жетілдіру мүмкіндіктерін анықтады. Сонымен қатар, ол топтық жұмысты нығайтудың, медициналық көмекті үйлестіруді



Рабиға
Хожамкул Алтайқызы
e-mail: r.khozhamkul@kaznmu.kz

Received/
Келін түсті/
Поступила:
12.04.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
14.06.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

күшейтудің, пациенттерді оқыту бастамаларын кеңейтудің, медбикелердің өз бетінше тәжірибені кеңейтуде және жоғары сапалы алғашқы медициналық-санитарлық қызмет көрсетуді жақсарту үшін АҚМКБМ жобасын пайдаланудың маңыздылығын көрсетеді.

Негізгі сөздер: медициналық-санитарлық алғашқы көмек саласындағы мейірбике ісі, мүмкіндіктерді кеңейту, көшбасшылық, күтімнің адамға бағытталған моделі, медбикенің қызмет саласы

Improving the Quality of Medical Care and Enhancing Nurse Well-being in a Multidisciplinary PHC Team through Leadership and Social Role Development within the MIOMOS Project

R.A. Abzalova¹, R.A. Khozhamkul^{2,3}

¹Primary Health Care National Association

²Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

³Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan

Nursing in Kazakhstan is undergoing a significant transformation in the scope of practice within Primary Health Care Centers of Excellence. This transformation aims to improve the delivery of primary health care services and enhance patient outcomes leading journey to achieve "Health for All".

Purpose. This study aims to analyze current scope of practice of Primary Health Care (PHC) nurses in Kazakhstan and their role in delivering holistic comprehensive care, as well as their engagement in community empowerment.

Methods. We used cross sectional observational method to collect data from 20 PHC team nurses in Taraz city polyclinic №5 and 24 PHC team nurses in Taraz city polyclinic №2, using survey on actual scope of practice and employee empowerment scale.

Results. The role of PHC nurses in care coordination and communication is vital, although there is room for improvement in collaborative care planning. Additionally, patient education and counseling are integral components of the practice, and the nursing specialists of the Centers of Best Practice PHC actively implement them, but there is a need to expand mental health counseling. Strengthening nurses' capacity for independent practice could optimize patient care within primary care settings. The MIOMOS project has had a notable impact on nurse empowerment and leadership development among PHC nurses, fostering positive change within primary healthcare settings.

Conclusion. In conclusion, this study provides valuable insights into various facets of PHC nursing practice, highlighting areas of strength and opportunities for improvement. Furthermore, it emphasizes the significance of strengthening teamwork, enhancing care coordination efforts, expanding patient education initiatives, empowering nurses for independent practice, and leveraging quality improvement projects like MIOMOS to advance the delivery of high-quality primary healthcare services.

Keywords: Primary healthcare nursing, empowerment, leadership, person-centered care, nurse's Scope of Practice

Лидерская и социальная роль специалиста сестринского дела в мультидисциплинарной команде ПМСП по повышению качества медицинской помощи в целях повышения благосостояния в рамках проекта МИОМОС

Р.А. Абзалова¹, Р.А. Хожамкул^{2,3}

¹Национальная Ассоциация Primary Healthcare

²Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

³Казахский Национальный Университет им Аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Сестринское дело в Казахстане претерпевает значительные изменения в Центрах Лучшей Практики первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Эти изменения направлены на улучшение предоставления услуг первичной медико-санитарной помощи и улучшение результатов лечения пациентов, что ведет к достижению цели "Здоровье для всех".

Цель. Целью данного исследования является анализ текущей практики медсестер ПМСП в Казахстане и их роли в оказании целостной комплексной медицинской и профилактической помощи, а также их участия в расширении прав и возможностей населения.

Методы. Мы использовали метод перекрестного наблюдения для сбора данных от 20 специалистов сестринского дела команд ПМСП в городской поликлинике

№5 и 24 специалистов сестринского дела ПМСП команд в городской поликлинике №2 г. Тараза, используя опрос о фактическом объеме работы и шкале расширения прав и возможностей сотрудников.

Результаты. Роль медсестер ПМСП в координации медицинской помощи и коммуникации жизненно важна, хотя в совместном планировании медицинской помощи есть возможности для совершенствования. Обучение пациентов и консультирование являются неотъемлемыми компонентами практики, и специалисты сестринского дела Центров Лучшей Практики (ЦЛП) ПМСП активно осуществляют их, но есть нужда в расширении консультации по вопросам психического здоровья. Кроме того, для расширения влияния специалистов сестринского дела ПМСП есть возможность применения лидерских навыков через охват пациентов непосредственно в их сообществах. В этом может помочь проект МИОМОС, результаты исследования показали, что проект оказал заметное влияние на расширение прав и возможностей медсестер и развитие лидерских качеств среди медсестер ПМСП, способствуя позитивным изменениям в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Выводы. В заключении это исследование дает ценную информацию о различных аспектах сестринской практики в ПМСП, выявляя сильные стороны и возможности для совершенствования. Кроме того, в нем подчеркивается важность укрепления командной работы, усиления координации медицинской помощи, расширения инициатив по обучению пациентов, расширения возможностей медсестер для самостоятельной практики и использования проектов по повышению качества, таких как МИОМОС, для улучшения предоставления высококачественных услуг первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: сестринское дело в сфере первичной медико-санитарной помощи, расширение прав и возможностей, лидерство, человекоцентричная модель ухода, сфера деятельности медсестры

Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) играет решающую роль в улучшении показателей здоровья населения и снижении затрат на здравоохранение [1]. Укрепление и трансформация первичной медико-санитарной помощи рассматриваются как основной путь к «Здоровью для всех» и достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения [2, 3].

В Алма-Атинской Декларации здоровье признано одним из основных прав человека, а в Астанинской декларации, развивающей эту концепцию, содержится призыв к преобразованию Первичной медико-санитарной помощи в инструмент, который является основной движущей силой создания более здорового и справедливого общества [4]. Преобразование первичной медико-санитарной помощи предполагает пересмотр сферы деятельности специалистов ПМСП [5].

После принятия Астанинской Декларации и включения обязательств по развитию ПМСП в национальную политику Казахстан предпринял серьезные усилия по преобразованию ПМСП и трансформации политик по персоналу ПМСП. С 2015 года Казахстан реализует различные инициативы, направленные на устранение основных социальных детерминант здоровья и повышение общего качества услуг первичной медико-санитарной помощи. Эти инициативы включают интеграцию служб охраны психического здоровья, включение социальной поддержки, увеличение финансирования первичной медико-санитарной помощи и изменение учебных программ университетов с целью включения новых подходов. Чтобы понять влияние этих инициатив и разработать рабочие процедуры

для новых команд ПМСП, в Казахстане была запущена программа Центров Лучшей практики первичной медико-санитарной помощи [6]. Цель этой программы – расширить и понять практику ПМСП и возможности специалистов ПМСП по совершенствованию практики, улучшению качества услуг и внедрение «человекоориентированного» подхода. Программа Центров Лучшей Практики (ЦЛП) ПМСП включает в себя различные инициативы и пилотные проекты, направленные на общее улучшение здоровья населения, наращивание потенциала ПМСП и трансформацию повестки дня от подхода, основанного на заболеваниях, к целостному, «человекоориентированному» подходу [7].

Специалисты сестринского дела являются основным компонентом команды ПМСП и играют решающую роль в оказании комплексной медицинской помощи отдельным лицам и сообществам [8]. Новая казахстанская модель ПМСП разработана таким образом, чтобы делегировать услуги по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и ведению хронических заболеваний специалистам сестринского дела. Данный подход был вдохновлен финской моделью оказания ПМСП. Делегирование лидерских ролей в ПМСП специалистам сестринского дела являются основной практикой новой ПМСП команды.

Программа ЦЛП ПМСП включает в себя процесс расширения возможностей сообщества посредством проекта под названием МИОМОС (М – механизм, И – информирования, О – общественного, М – мониторинга, О – обратной, С – связи).

Нынешняя казахстанская модель ПМСП начала формироваться с 2010 года, а после внедрения системы обязательного медицинского страхования продолжает

развиваться, что создало пробел и потребность в исследовании сферы применения ПМСП и понимании процессов ПМСП. Мы проанализировали текущую практику специалистов сестринского дела ПМСП в Казахстане, их роль в оказании целостной комплексной помощи, их участие в расширении прав и возможностей населения, а также лидерские практики специалистов сестринского дела ПМСП.

Методы

Мы использовали метод поперечного исследования с выборкой образцов в виде снежного кома, использовали метод перекрестного наблюдения для сбора данных от 20 специалистов сестринского дела команд ПМСП в городской поликлинике №5 и 24 специалистов сестринского дела ПМСП команд в городской поликлинике №2 г. Тараз, используя опрос о фактическом объеме работы и шкале расширения прав и возможностей сотрудников.

Для нашего анализа мы выбрали 2 ЦЛП, которые были частью программы ЦЛП ПМСП в Казахстане. 2 ЦЛП в городе Тараз: городские поликлиники №2 и №5. Городская поликлиника №2 присоединилась к программе ЦЛП 1 год назад, а городская поликлиника №5 участвовала в программе ЦЛП в течение 3 лет. Участники были отобраны на основе их вовлеченности в программу и желания участвовать в исследовании. Используя метод «снежного кома», мы разослали ссылку на онлайн-опрос бригадам ПМСП городских поликлиник №2 и №5. В городской поликлинике №2 работают 42 команды ПМСП, а в городской поликлинике №5 – 41 команды ПМСП. Мы попросили медсестер из каждой бригады ПМСП ответить на вопросы опроса. Собрали данные в общей сложности от 20 специалистов сестринского дела команд ПМСП городской поликлиники №5 (процент ответов – 47,6%) и 24 специалиста сестринского дела команд ПМСП городской поликлиники №2 (процент ответов – 58,5%).

Для оценки лидерской и социальных ролей медсестер ПМСП мы использовали рамочную программу ВОЗ EFPA IHSD, инструмент мониторинга, разработанный Европейским центром ВОЗ по ПМСП, и инструмент «Реальный объем сестринской практики» [9, 10]. Мы также включили вопросы об участии медсестер ПМСП в проекте МИОМОС и расширении прав и возможностей сотрудников [11].

Опрос состоял из 10 частей: (1) вопросы об образовании и личной информации, (2) обязанности и рабочая нагрузка, (3) организация рабочего места, (4) сфера деятельности по укреплению здоровья, процедурные обязанности, (5) самостоятельная практика, (6) использование средств коммуникации, (7) повседневная практика, (8) МИОМОС и проекты по повышению качества, (9) расширение прав и возможностей сотрудников и (10) предложения по изменению сферы практики.

Анализ

Данные, собранные в ходе опроса, были

проанализированы с использованием описательной статистики для изучения сферы деятельности медицинских сестер ПМСП в Казахстане и их участия в инициативах по расширению прав и возможностей сообщества. Расширение прав и возможностей сотрудников оценивалось с помощью индекса расширения прав и возможностей сотрудников путем вычисления баллов, полученных в ответах на пять утверждений.

Этическая экспертиза: данное исследование было проведено в рамках программы повышения качества медицинских услуг в Центрах Лучшей Практики ПМСП, которая не требует одобрения этического комитета.

Результаты

Анализ показал, что 20,9% специалистов сестринского дела ПМСП в ЦЛП сообщили о наличии диплома о высшем образовании, а 79,1% прошли профессиональную подготовку в медицинских колледжах. Средняя продолжительность профессионального обучения составляет более 4 лет или 51,4 месяца ($SD = 24,7$ месяца). Все респонденты, участвовавшие в опросе, были женщинами, средний возраст которых составил 36,7 лет ($SD = 11,2$ лет). Средний стаж работы медсестрой в ПМСП составил 10,7 лет ($SD = 7,5$ лет). 72% медсестер ПМСП сообщают, что работают на полную ставку, а 28% на 0,5 или 0,75 ставки.

Мы проанализировали данные по 5 направлениям: (1) командная работа, (2) координация медицинской помощи, (3) обучение пациентов и консультации по изменению поведения, (4) независимая практика медсестры и делегирование обязанностей врача, (5) участие в проекте МИОМОС и расширение прав и возможностей.

Командная работа. Чтобы понять масштабы командной работы медсестер ПМСП, мы спросили, обсуждают ли медсестры ПМСП планы ухода за пациентами с членами команды ПМСП, разрабатывают ли они планы ухода вместе с многопрофильной командой и участвуют ли в мероприятиях и встречах многопрофильной команды. 23% медсестер ПМСП сообщили, что разрабатывали планы оказания медицинской помощи совместно с многопрофильной командой, а 25% сообщили, что участвовали во встречах многопрофильной команды. Около 70% медсестер ПМСП сообщили, что они сообщали о планах ухода врачам (70%), социальным работникам (67%) и психологам (74%) (Таблица 1).

Координация медицинской помощи. Чтобы изучить степень координации медицинской помощи в рамках практики медсестер ПМСП, мы проанализировали вопросы, связанные с координацией и распространением планов по уходу для обеспечения непрерывности лечения. 30% медсестер ПМСП сообщили, что они координируют лечение пациента и помогают адаптировать его к потребностям пациентов и их семей. Более

того, 30% медсестер ПМСП сообщили, что передают всю информацию, касающуюся пациента, членам бригады по уходу за пациентом. 25% респондентов сообщили о необходимости передачи информации о пациенте внешним организациям и координации работы многопрофильной команды для обеспечения непрерывности лечения пациента. Мы рассматривали триаж пациентов и оценку индивидуального риска для пациентов как координацию медицинской помощи, поскольку медсестры ПМСП обычно участвуют в этой задаче в ЦЛП в качестве лиц, принимающих решения и координируют задачи связанные с триажем и оценкой рисков в команде ПМСП. Результаты показали, что 81,4% медсестер ПМСП участвуют в сортировке пациентов и 72% - в оценке риска (таб. 2).

Таблица 1. Командная работа специалистов сестринского дела ПМСП

	Часто Почти всегда Всегда	%
Разработка плана лечения пациента совместно с самим пациентом, его семьей и многопрофильной командой	10	23%
Всегда активно участвуете в междисциплинарных командных встречах и мероприятиях.	11	26%
Коммуникации с врачом по поводу плана лечения	30	70%
Коммуникации с социальным работником по поводу плана лечения	29	67%
Коммуникации с психологом по поводу плана лечения	32	74%
Коммуникации с сообществом	26	60%
Коммуникации с администрацией	26	60%

Обучение пациентов и консультации по изменению поведения. Большинство медсестер ПМСП сообщили, что проводят консультации по изменению поведения, чаще всего по контролю веса (78,6%), повышению физической активности (76,2%), увеличению потребления овощей и фруктов, отказу от курения (76,2%) и реже по вопросам психического здоровья (42,8%) и психологической оценки подростков (42,8%). В целом, 79% медсестер ПМСП сообщают, что проводят индивидуальные консультации по изменению поведения (таб. 3).

86% медсестер ПМСП сообщают, что проводят санитарное просвещение в группах, однако только 27,9% респондентов сообщили, что проводят санитарное просвещение во дворах. От 25% до 30% медсестер ПМСП сообщают, что проводят оценку образовательных потребностей пациентов и предоставляемого образования. 30% медсестер ПМСП сообщили, что обучают родственников тяжелобольных пациентов методам ухода и оказания первичной доврачебной помощи. Медсестры ПМСП участвуют в программах по управлению заболеваниями,

которые включают обучение само менеджменту, и 67% респондентов сообщили, что проводят обучение самоуправлению (Таблица 3, Таблица 3.1).

Таблица 2. Координация медицинской помощи специалистами сестринского дела ПМСП

	Часто Почти всегда Всегда	%
Координируете лечение пациента и помогаете адаптировать его к потребностям пациентов и их семей.	13	30%
Я передаю всю необходимую информацию специалистам во внешних организациях, чтобы обеспечить непрерывность лечения.	11	26%
Я координирую работу многопрофильной команды в моей клинике, обеспечивая непрерывность плана лечения.	11	26%
Я передаю всю информацию, касающуюся пациента, членам команды по уходу за пациентом.	13	30%
Сортировка пациентов, пришедших без предварительной записи, Сортировка пациентов без предварительной записи	35	81%
Оценка риска для каждого отдельного пациента	31	72%

Таблица 3. Обучение пациентов специалистами сестринского дела ПМСП

	да	%
Использую современные методы и стратегии обучения в своей работе с пациентами и их семьями, находя индивидуальный подход к каждому, учитывая их потребности, уровень грамотности и т.д.	12	28%
Я оцениваю образовательные потребности каждого пациента и его семей.	11	26%
Оцениваю уровень понимания знаний о здоровье пациентами и их семьями.	13	30%
Я оцениваю и совершенствую информирование пациентов о его/ее состоянии и состоянии здоровья моей организации.	13	30%
Я обучаю родственников тяжелобольных пациентов методам ухода и оказания первичной доврачебной помощи	13	30%
Я провожу санитарно-просветительскую работу на своем участке	12	28%
Индивидуальная консультация пациента по изменению поведения	34	79%
Индивидуальная консультация пациента по вопросам самоуправления	29	67%
Обучение пациентов в группах	37	86%

Независимая практика медсестры и делегирование обязанностей врача

Мы спросили, проводят ли медсестры индивидуальные консультации для пациентов с различными состояниями, если план лечения уже известен, и 77% респондентов сообщили, что проводят индивидуальные консультации для пациентов с артериальной гипертензией, 56,8% сообщили, что проводят консультации для пациентов с ишемической болезнью сердца и 45,5% – для пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Специалисты сестринского дела в ПМСП реже всего консультировали пациентов с различными видами рака, туберкулезом и депрессией (Таблица 4 и 4.1).

Таблица 3.1. Консультирование по изменению поведения специалистами сестринского дела ПМСП

	Да	%
Прекращение курения	30	71%
Увеличение физической активности	32	76%
Увеличение потребления овощей и фруктов	32	76%
Уменьшение употребления алкоголя	28	67%
Контроль веса	33	79%
Планирование семьи	28	67%
HEADS психологическая оценка подростков	18	43%
Консультации по вопросам психического здоровья	18	43%
Гигиена полости рта у детей	21	50%
Консультации по вакцинации и лечению после вакцинации	27	64%

Таблица 4. Независимая консультация специалистов сестринского дела

	Да	%
Независимая консультация медсестры по артериальной гипертензии	34	77%
Независимая консультация медсестры по ишемической болезни сердца	25	57%
Независимая консультация медсестры по сахарному диабету 2 типа	20	45%
Независимая консультация медсестры по астме	20	45%
Независимая консультация медсестры по поводу хронической обструктивной болезни легких	21	45%
Независимая консультация медсестры по раку груди	15	34%
Независимая консультация медсестры по раку шейки матки	15	34%
Независимая медицинская сестра, консультирующая по поводу колоректального рака	14	32%
Независимая медицинская сестра-консультант по туберкулезу и латентной туберкулезной инфекции	14	32%
Независимая консультация медсестры по поводу депрессии	16	36%
Помощь врачу во время приема	38	88%

Проект МИОМОС и расширение прав и возможностей

Проект МИОМОС нацелен на расширение прав и возможностей сообщества, в которое также входят специалисты ПМСП. Анализ ответов на вопросы по расширению прав и возможностей специалистов сестринского дела показал 4,57 балла из 6 возможных, верхний уровень.

Таблица 4.1. Делегирование задач

	Да	%
Осмотр глазного дна	10	23%
Допплерография сосудов стопы	6	14%
Электрокардиография	16	36%
Пикфлоуметрия	7	16%
Пульсоксиметрия	23	52%
Ультразвуковое исследование	4	9%
Ректороманоскопия	4	9%
Спирометрия	8	18%
Рентгеноскопия	8	18%
Исследование внутриглазного давления	12	27%
Определение остроты зрения и слуха	11	25%
Иммобилизация	12	27%
Лабораторные исследования, в том числе экспресс	10	23%
Сбор мокроты для исследования на туберкулез	15	34%
Сбор биологического материала для лабораторных исследований	22	50%
Сбор материала для микробиологических исследований	15	34%
Забор крови для тестирования на ВИЧ и реакцию Вассермана (RW)	22	50%
Очистительная клизма	18	41%
Зондирование и промывание желудка	12	27%

В ходе опроса специалистов сестринского дела ПМСП о деятельности в рамках проекта МИОМОС, 68% медсестер ПМСП ответили, что знакомы с проектом, а 61% сообщили, что участвуют в проектах по повышению качества, которые являются результатом деятельности в рамках проекта МИОМОС. Также стало известно что, 25% медсестер ПМСП являются лидерами проектов по повышению качества.

Обсуждение результатов

Результаты этого исследования описывают сферу деятельности медсестер ПМСП в ЦЛП и изменение их роли в новой модели ПМСП [12]. Наше исследование заполнило пробелы в знаниях по нескольким ключевым аспектам сестринской практики в области ПМСП в условиях новой модели ПМСП Казахстана, в частности, на командную работу, координацию ухода, обучение пациентов, самостоятельную практику медсестер и влияние проекта МИОМОС на расширение прав и возможностей медсестер, а также формирование лидерских компетенций у специалистов сестринского дела.

Эффективная командная работа имеет основополагающее значение для оказания комплексной помощи пациентам в ПМСП. Наши результаты показывают, что, хотя значительная часть медсестер ПМСП обсуждают планы оказания медицинской помощи со всеми членами команды, врачами, социальными работниками и психологами, в совместном планировании медицинской помощи есть возможности для совершенствования. Наше исследование показывает, что значительная часть медсестер ПМСП участвует в координации лечения пациентов и передачи информации, касающейся пациентов, в медицинской команде. Более того, результаты исследований показывают, что медсестра ПМСП играет важную роль в координации медицинской помощи и коммуникации внутри и за пределами команды ПМСП, сокращая пробелы в передаче информации и принимая на себя роль лидеров междисциплинарной команды. Одна треть опрошенных специалистов сестринского дела ПМСП ЦЛП указали, что полностью координируют медицинскую помощь и коммуникации внутри междисциплинарных команд, что указывает на развитие лидерских компетенций специалистов, также это указывает потребность в стандартизации и дальнейшего внедрения проекта МИОМОС и проектов по улучшению. Укрепление этого навыка может улучшить координацию медицинской помощи и результаты лечения пациентов [13].

Обучение пациентов и консультирование по вопросам изменений в поведении являются неотъемлемыми компонентами сестринской практики ПМСП [14]. Наши результаты показывают, что медсестры ПМСП активно участвуют в предоставлении индивидуальных консультаций по различным изменениям в поведении, таким как контроль веса, физическая активность и отказ от курения. Однако в сфере образования существуют различия, и меньше консультаций посвящено психическому здоровью и психологическому обследованию подростков. Кроме того, несмотря на то, что широко распространены индивидуальные занятия по санитарному просвещению, медицинское просвещение непосредственно во дворах проводится в ограниченных масштабах, что указывает на потенциальные области для улучшения охвата пациентов непосредственно в их сообществах и укрепление лидерских компетенций специалистов сестринского дела через работу с сообществом [15].

Специалисты сестринского дела ПМСП играют жизненно важную роль в оказании медицинской помощи, включая помощь врачам во время приема, предоставление индивидуальных консультаций пациентам с утвержденными планами лечения, изменение поведения для улучшения индивидуального и популяционного здоровья. Наши результаты свидетельствуют о высоком уровне вовлеченности специалистов сестринского дела в поддержку пациентов с такими заболеваниями, как артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа. Дальнейшее укрепление по-

тенциала специалистов сестринского дела в области независимой практики и делегирование обязанностей врача могут еще больше оптимизировать уход за пациентами и использование ресурсов в ПМСП [16].

Расширение прав и возможностей сообщества в целом и персонала ПМСП, в частности специалистов сестринского дела, через проект МИОМОС позволило укрепить лидерскую роль специалистов сестринского дела. Управляя проектами по улучшению на своих участках, специалисты сестринского дела смогли применить и улучшить лидерские компетенции. Наше исследование выявило значительный уровень осведомленности и участия специалистов сестринского дела ПМСП в мероприятиях проекта МИОМОС, что указывает на его потенциальное влияние, на расширение прав и возможностей. В целом, результаты исследований показывают, что специалисты сестринского дела ПМСП должны обладать лидерскими качествами, чтобы адаптировать модель ПМСП, ориентированную на людей, и эффективно сотрудничать с другими медицинскими работниками, чтобы оказывать высококачественную медицинскую и профилактическую помощь и способствовать позитивным изменениям в ПМСП [17].

Выводы

Наше исследование показало, что в казахстанской модели ПМСП специалисты сестринского дела играют важную роль в координации процессов целостной комплексной помощи, а также процессах укрепления популяционного здоровья и изменении поведения населения. Кроме того, исследование показало, что проект МИОМОС связан с расширением прав и возможностей и развитием лидерской роли и компетенций специалистов сестринского дела ПМСП.

В заключение наше исследование дает ценную информацию о различных аспектах сестринской практики в ПМСП, выявляя сильные стороны и возможности для совершенствования.

Авторство

Автор Абзалова Р.А. внесла существенный вклад в концепцию и дизайн исследования, сбор, анализ и интерпретацию данных; Автор Хожамкул Р.А. участвовала в сборе и анализе данных, подготовила первый вариант статьи. Оба автора совместно переработали статью и сделали интерпретацию данных, и окончательно утвердили присланную в редакцию рукопись.

Выражение благодарности

Авторы выражают благодарность Тойшибековой Ж.П. и Сарсеновой Д.А.

Конфликт интересов

Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Список литературы:

1. Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Chowdhury AMR, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. *J Glob Health*. 2017;7(1):010908. doi: 10.7189/jogh.07.010908.
2. Fendall NR. Declaration of Alma-Ata. *Lancet*. 1978;2(8103):1308. doi: 10.1016/S0140-6736(78)92066-4.
3. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018;392(10156):1461-1472. doi:10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
4. WHO. (2018). Astana Declaration .<https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>
5. Harrington C. Composition of An Ideal Medical Care Team. *Dela J Public Health*. 2022;8(5):150-153. doi: 10.32481/djph.2022.12.033.
6. Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan (2018). On Creation of Centers of Excellence in PHC.
7. Kluge H, Kelley E, Birtanov Y, Theodorakis PN, Barkley S, Aidossov S, Valderas JM. Implementing the renewed vision for Primary Health Care in the Declaration of Astana: the time is now. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e137. doi: 10.1017/S1463423619000719.
8. Pan American Health Organization. Expanding the roles of nurses in primary health care. Washington, DC:PAHO; 2018. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34958/9789275120033_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
9. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240044210>
10. D'Amour D, Dubois CA, Déry J, Clarke S, Tchouaket E, Blais R, Rivard M. Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *J Nurs Adm*. 2012;42(5):248-55. doi: 10.1097/NNA.0b013e31824337f4.
11. Voisard V. Employee Empowerment and Employee Satisfaction in the Workplace. *California Sociology Journal*. 2008;1(1):1-17.
12. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N, Hudon C. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 2021;21(1):16. doi: 10.5334/ijic.5518.
13. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Assefa Y. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):750. doi: 10.1186/s12913-023-09718-8.
14. WHO. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization, 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
15. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: A scoping review. *Nurs Open*. 2020;7(4):1197-1207. doi: 10.1002/nop2.496.
16. Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *Eur J Gen Pract*. 2021;27(1):198-210. doi: 10.1080/13814788.2021.1954616.
17. Valiga TM. Leaders, managers, and followers: *Working in harmony*. *Nursing*. 2019;49(1):45-48. doi: 10.1097/01.NURSE.0000549723.07316.0b.



УДК 76.29.57
МРНТИ 616.517-08

R.K. ALIYEVA, G.M. IZTLEUOVA, A.A. KALAKESHOVA, A.K. SHAIMANOVA,
A.K. AIMAGAMBETOVA

CONTEMPORARY METHODS OF TREATMENT FOR PALMOPLANTAR PSORIASIS: A LITERATURE REVIEW

Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Алиева Р.К. – <https://orcid.org/0009-0003-3056-9129>
Изтлеуова Г.М. – <https://orcid.org/0000-0002-5695-0895>
Kalakeshova A.A. – <https://orcid.org/0009-0006-4774-149X>
Shaimanova A.K. – <https://orcid.org/0009-0009-3507-3705>
Aimagambetova A.K. – <https://orcid.org/0009-0007-4116-7914>

Библиографиялық сілтеме:

Алиева РК, Изтлеуова ГМ, Қалакешова
АА, Шайманова АҚ, Аймағамбетова
АҚ. Алақан-табан псориазын емдеудің
заманауи әдістері: әдеби шолу. *Gylym
aliansy*. 2024;1(2):96-104.

Citation:

Aliyeva RK, Iztleuova GM, Kalakeshova
AA, Shaimanova AK, Aimagambetova AK.
Contemporary Methods of Treatment
for Palmoplantar Psoriasis: A Literature
Review. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):96-104.

Библиографическая ссылка:

Алиева РК, Изтлеуова ГМ, Қалакешова
АА, Шайманова.АК, Аймағамбетова
АК. Современные методы лечения
ладонно-подошвенного псориаза
(обзор литературы). *Gylym aliansy*.
2024;1(2):96-104.

Алақан-табан псориазын емдеудің заманауи әдістері: әдеби шолу

Р.К. Алиева, Г.М. Изтлеуова, А.А. Қалакешова, А.К. Шайманова,
А.К. Аймағамбетова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе,
Қазақстан

Қазіргі әдебиеттерге сәйкес, псориаз – бұл терінің басым зақымдануы бар генетикалық анықталған мультифакторлы созылмалы ауру, оның негізінде гиперпролиферация және эпидермиялық кератиноциттердің ажыратылуының бұзылуы, цитокиндер мен медиаторлардың пайда болуымен терінің иммундық гомеостазының өзгеруі, "төмен" кератиноциттердің көбеюін күшейтеді, сонымен қатар дермистегі қабыну реакциясын тудырады. Соңғы уақытта аурудың патогенезі және биологиялық терапия сияқты заманауи емдеу әдістерінің пайда болуы туралы жаңа дәлелдерге байланысты қатар жүретін аурулар туралы түсінік алу маңызды.

Псориаздың клиникалық формаларының ішінде алақан мен табан псориазы ерекше орын алады. Псориаздың бұл формасы дәстүрлі емдеу тәсілдеріне төзімді екені белгілі. Мақалада алақан мен табан псориазының емі туралы соңғы ақпараттар келтірілді. Алақан-табан псориазын жергілікті, сонымен қатар, жүйелі емдеудің ауқымы қарастырылды.

Псориаздың барлық түрлері, атап айтқанда алақан-табан пустулярлы псориазы пациенттердің өмір сүру сапасын айтарлықтай нашарлатады. Науқастар кәсіби қызметінде, күнделікті өмірінде, әріптестерімен және туыстарымен қарым-қатынасында шектелген. Дерматологиялық өмір сапасының индексі алақан-табан псориазының пациенттердің әлеуметтік белсенділігіне әсер етуінің жоғары дәрежесін көрсетеді. Қазіргі заманғы емдеу әдістері терінің күйін жақсартуға, ремиссия ұзақтығын сақтауға, сол арқылы пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға арналған.

Псориаз созылмалы қайталанатын дерматоздар арасында жетекші орындардың бірін алады. Дамыған елдерде псориаз халықтың географиялық орналасуына байланысты 1,5-3% -дан 5-7% -ға дейін зардап шегеді.

Псориаздық процесс созылмалы қайталанатын сипатқа ие. Ремиссия ұзақ мерзімді болуы мүмкін – бірнеше айдан ондаған жылдарға дейін, бірақ кейбір науқастарда ремиссия мүлдем болмайды. Псориазбен өмірдің болжамы көбінесе қолайлы.

Негізгі сөздер: псориаз, алақан-табан псориазы, фотодинамикалық терапия, бауыр, гормоналды дисбаланс

Contemporary Methods of Treatment for Palmoplantar Psoriasis: A Literature Review

R.K. Aliyeva, G.M. Iztleuova, A.A. Kalakeshova, A.K. Shaimanova, A.K. Aimagambetova



Шайманова
Актоты Камзакызы.
e-mail: Aktotykamzaeva@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
01.04.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
10.06.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

According to recent studies, psoriasis is a genetically determined multifactorial chronic disease primarily affecting the skin, characterized by hyperproliferation and impaired differentiation of epidermal keratinocytes, as well as changes in immune homeostasis leading to the formation of cytokines and mediators. These mediators enhance the proliferation of abnormal keratinocytes and induce an inflammatory response in the dermis. Recently, due to new insights into the pathogenesis of the disease and the emergence of advanced treatments, such as biological therapy, it has become important to understand concomitant diseases.

Palmoplantar psoriasis holds a special place among all known clinical forms of psoriasis. It is known that this form of psoriasis is resistant to conventional treatments. This study provides current information on the treatment of palmoplantar psoriasis, considering both local and systemic treatment options. Modern methods and current recommendations for the treatment of psoriasis are discussed. All forms of psoriasis, including palmoplantar pustular psoriasis, significantly worsen patients' quality of life. Patients are often limited in their professional activities, daily life, and relationships with colleagues and relatives. The "Dermatological Quality of Life Index" indicates a high degree of impact of palmoplantar psoriasis on patients' social activity. Modern treatments aim to improve skin condition, prolong remission, and thereby enhance patients' quality of life.

Psoriasis is one of the leading chronic recurrent dermatoses. In developed countries, psoriasis affects 1.5-3% to 5-7% of the population, depending on geographical location. The psoriatic process has a chronic, relapsing nature. Remissions can be long, lasting from several months to decades, but in some patients, remission does not occur at all. The prognosis for life with psoriasis is most often favorable.

Keywords: *psoriasis, palmoplantar psoriasis, photodynamic therapy, liver, hormonal imbalance*

Современные методы лечения ладонно-подошвенного псориаза: обзор литературы

Р.К. Алиева, Г.М. Изтлеуова, А.А. Калакешова, А.К. Шайманова, А.К. Аймагамбетова

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

По данным современной литературы псориаз – это генетически детерминированное мультифакторное хроническое заболевание с преимущественным поражением кожи, в основе которого лежит гиперпролиферация и нарушение дифференцировки эпидермальных кератиноцитов, изменение иммунного гомеостаза кожи с образованием цитокинов и медиаторов, усиливающих пролиферацию «неполноценных» кератиноцитов, а также индуцирующих воспалительную реакцию в дерме. В последнее время в связи с новыми данными о патогенезе заболевания и появлением современных методов лечения, таких как биологическая терапия, важно иметь представление о сопутствующих заболеваниях.

Среди всех выделяемых клинических форм псориаза особое место занимает ладонно-подошвенный. Известно, что эта форма псориаза отличается резистентностью к традиционным методам лечения. В статье приведены современные сведения о лечении ладонно-подошвенной формы псориаза. Рассмотрен спектр средств лечения ладонно-подошвенного псориаза, как местных, так и системных. Обсуждены современные методы и текущие версии рекомендации по лечению псориаза.

Все формы псориаза, а именно ладонно-подошвенный пустулезный псориаз, значительно ухудшают качество жизни пациентов. Пациенты ограничены в профессиональной деятельности, быте, отношениях с коллегами и родственниками. Показатель «Дерматологического индекса качества жизни» демонстрирует высокую степень влияния ладонно-подошвенного псориаза на социальную активность пациентов. Современные методы лечения предназначены для улучшения состояния кожи, сохранения длительности ремиссии, тем самым улучшения качества жизни пациентов.

Псориаз занимает одно из ведущих мест среди хронических рецидивирующих дерматозов. В развитых странах псориазом страдает от 1,5-3% до 5-7% населения в зависимости от географического положения популяции.

Псориазический процесс носит хронический рецидивирующий характер

течения. Ремиссия может быть длительной – от нескольких месяцев до десятков лет, однако у ряда пациентов ремиссия вообще не наступает. Прогноз для жизни при псориазе чаще всего благоприятный.

Ключевые слова: псориаз, ладонно-подошвенный псориаз, фотодинамическая терапия, печень, гормональный дисбаланс

Psoriasis is a chronic, systemic, immune-mediated disease of multifactorial origin with a dominant role of genetic factors. It is characterized by hyperproliferation and impaired differentiation of epidermal cells, as well as an imbalance between proinflammatory and anti-inflammatory cytokines [1]. Psoriasis affects 2-3% of the population, with prevalence varying by region. Residents of the Caucasus and Scandinavia are most susceptible to the disease [2].

The vast majority (85-90%) of psoriasis cases manifest clinically as plaque psoriasis, which presents as erythematous, asymmetric plaques with thick scales, most commonly found on the extensor surfaces, trunk, and scalp. While plaque psoriasis is the most common subtype, other subtypes include erythrodermic, pustular, guttate, inverse, and palmoplantar psoriasis [3]. Psoriatic lesions, especially on sun-exposed areas, can be accompanied by pruritus and have a major impact on the quality of life, often leading to social withdrawal and psychological issues such as feelings of inferiority, depression, and anxiety.

The concept of psoriasis as a systemic disease caused by a cascade of inflammatory reactions necessitates systemic treatment [4]. However, current treatments for moderate to severe psoriasis can have many side effects when used over long periods.

The severity of psoriasis is determined not only by the extent of body surface area affected (Body Surface Area, BSA; with BSA <5% considered mild, BSA = 5-10% moderate, and BSA ≥10% severe) but also by the localization of the pathological process. Localizations of concern, such as involvement of exposed skin areas, extensive scalp involvement, and damage to the genitals, palms, soles, and nail plates, can significantly impact the patient's quality of life [5].

Palmoplantar psoriasis, often diagnosed in individuals aged 30 to 50 years engaged in physical labor, primarily affects the plantar surfaces of the feet and the palms [6]. This form of psoriasis is frequently resistant to therapy and can present in several subtypes:

1. Barber's Pustular Psoriasis: This subtype is limited to lesions on the palms and soles. Its development can be triggered by infections, stress, use of antimalarial drugs, β -blockers, lithium, phenylbutazone, antibiotics, hormonal imbalances, abrupt discontinuation of corticosteroids, and inappropriate external therapy. Staphylococcal infection, impaired T-cell immunity, and liver dysfunction may also contribute. Hormonal imbalance is a significant factor, as evidenced by cases of generalized pustular psoriasis following corticosteroid treatment or withdrawal, large doses of progesterone, or diabetes mellitus. Generalized pustular psoriasis commonly develops between ages 40-60, typically 1-2 years after the onset of common psoriasis,

although it can appear 7-10 years later depending on the intensity and duration of adverse factors [7].

2. Vulgar Psoriasis: This type features isolated lesions on the palms and soles, presenting with various elements. Some cases show small, rounded plaques with a vivid red color, either depressed or elevated, and covered with dense, yellow, difficult-to-remove scales. Other cases display diffuse rashes with peripheral growth, resulting in a bumpy surface with extensive "calloused" deposits and painful cracks of a dirty gray color [8]. Although palmoplantar psoriasis usually covers less than 5% of BSA, it causes significant discomfort and decreased quality of life, warranting systemic therapy. Methotrexate, cyclosporine, and systemic retinoids are effective treatments in most cases [9].

In accordance with the pathogenetic processes of psoriasis, therapy should focus on reducing inflammation, suppressing epithelial cell proliferation, and normalizing their differentiation. Numerous drugs and methods for treating psoriasis have been developed to date. When prescribing treatment, it is essential to consider factors such as the extent of skin lesions, disease stage, patient age, gender, concomitant diseases, and any contraindications to specific treatments or medications [10].

For psoriasis predominantly affecting the palms and soles, topical treatments are commonly employed, including corticosteroids, synthetic analogues of vitamin D3 metabolites, and retinoids. Systemic retinoids, particularly acitretin, are used, and in some cases, especially when accompanied by psoriatic arthritis, immunosuppressive agents such as cyclosporine A and methotrexate may be utilized [11]. However, external therapies often prove insufficient, and systemic treatments can lead to side effects and limitations, particularly in patients with concomitant conditions. Consequently, the search for and development of new, effective, and safe therapeutic methods for psoriasis affecting the palms and soles remain pertinent [12].

Phototherapy has become a widely adopted treatment modality for this condition. Commonly used methods include PUVA (psoralen and ultraviolet A) therapy, narrow-band UVB therapy (311 nm), and UVA1 (ultraviolet A1) therapy (340-400 nm). Narrow-band UVB therapy, introduced in the 1980s, was developed following research by J.A. Parrish, who identified that the optimal radiation range for psoriasis is 296-313 nm, with 310-313 nm offering the best safety profile. Narrow-band UVB (311 nm) is noted for its immunoregulatory effects [13], reducing proinflammatory cytokines such as IL-2, IL-6, and IL-23. IL-6 and IL-23 activate STAT3, which increases the expression of transcription factors ROR γ t and ROR γ , subsequently enhancing the expression of key Th-17 cytokines (IL-17A, IL-17F, IL-21, and IL-22) [14].

UVB 311 nm radiation can induce apoptosis, likely by reducing the expression of survivin, a protein that inhibits apoptosis by suppressing the activation of caspase-3. This method also inhibits keratinocyte proliferation by increasing the epidermal expression of GATA3 (GATA Binding Protein 3). In the skin, GATA3 is essential for the proper formation of the epidermal barrier and regulation of epidermal differentiation through the activation of kallikrein-1 [15].

A pressing issue is childhood psoriasis, which is showing a marked increase in incidence. Palmar-plantar psoriasis in children occurs in about 25% of all clinical forms, causing significant discomfort and reduced quality of life. This form of psoriasis often presents with a persistent course and resistance to conventional treatments [16].

Scientific studies indicate that UVB 311 nm wavelengths offer the maximum therapeutic effect with minimal erythema and reduced carcinogenic risk compared to other types of UV therapy. Fewer treatments are needed to achieve results, leading to longer remissions and fewer side effects. Additionally, UVB therapy can be combined with other treatments and helps restore immunological reactivity, enhance the body's adaptive and compensatory capabilities, and improve blood circulation and metabolism in the skin. These benefits make UVB phototherapy a preferred option, particularly in pediatric practice.

Local application of UVB 311 nm therapy combined with topical calcipotriol is highly effective for treating children with palmoplantar psoriasis. This approach achieves clinical remission and significant improvement in the majority of patients (96%). Additionally, using pulsed UVB 311 nm therapy after the primary treatment allows for disease management and monitoring in 83.3% of patients for up to one year [17].

An excimer lamp emitting at 308 nm is also recommended for treating both palmoplantar and generalized forms of psoriasis, either as monotherapy or as part of a comprehensive treatment regimen. The duration of exposure should be individualized based on the patient's skin sensitivity to radiation [18].

In 2017, research focused on the use of photodynamic therapy (PDT) for patients with psoriasis, particularly those with significant comorbidities. Notably, PDT has shown remarkable efficacy in treating palmoplantar psoriasis, which often has a persistent course and limited response to methotrexate, significantly affecting patients' quality of life and psychological well-being. The outcomes of PDT are comparable to those of 10-15 sessions of PUVA (psoralen and ultraviolet A) therapy or 4 rounds of methotrexate. For patients who cannot tolerate these therapies, PDT offers a valuable alternative as part of the core treatment strategy [19].

The study results indicate that incorporating photodynamic therapy (PDT) into the standard treatment regimen provides high clinical efficacy for psoriasis. PDT procedures are associated with minimal contraindications and are suitable for treating psoriasis in patients

with significant comorbidities as well as those with palmoplantar psoriasis [20].

New-generation biologic drugs, which target key mediators in the inflammatory pathway of psoriasis, offer effective and relatively safe treatment options [21]. In the Russia, tumor necrosis factor (TNF) blockers, such as etanercept and adalimumab, and an interleukin (IL) 12 and 23 blocker, ustekinumab, are approved for treating psoriasis in children. Research has demonstrated the high clinical efficacy of ustekinumab, with a relatively low incidence of adverse events [22].

Additionally, retinoid medications have shown efficacy in treating palmoplantar psoriasis in children [23]. Clinical diagnostic studies highlight the effectiveness of netakimab as a monotherapy for severe forms of psoriasis. Netakimab is well-tolerated, with no adverse reactions or side effects typically associated with biologic drugs, such as upper respiratory infections or cardiovascular complications. Treatment with netakimab resulted in reductions in PASI (Psoriasis Area Severity Index), DAS28 (Disease Activity Score-28), and BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Consequently, netakimab effectively controls the disease, significantly improves patients' quality of life, and is suitable for monotherapy in severe psoriasis cases [24].

Another immunosuppressive treatment for psoriasis involves the use of sodium salt of the synthetic dipeptide gamma-D-glutamyl D-tryptophan. This compound selectively suppresses the functional activity of immunocompetent cells and inhibits autoimmune processes, while sparing cells of other organs and tissues, and it is associated with virtually no side effects [25].

Therapy with gamma-glutamyl-tryptophan has demonstrated a pronounced clinical effect, significantly delaying the onset of relapses and substantially extending the duration of clinical remission compared to other antipsoriatic therapies.

Secukinumab, approved in Russia in 2016, is indicated for the treatment of moderate to severe psoriasis in adult patients who are candidates for systemic therapy or phototherapy. Secukinumab is a fully human monoclonal antibody targeting interleukin-17A (IL-17A), a key cytokine in the inflammatory process of psoriasis [26].

Extensive clinical research, including numerous large-scale direct comparative trials (Phase II and Phase III), has been conducted to evaluate the safety, efficacy, and impact of secukinumab on the quality of life in patients with psoriasis. These studies, involving over 4,500 patients, have assessed its effectiveness in cases resistant to standard treatments or with challenging localizations, such as palmoplantar psoriasis, scalp psoriasis, psoriatic onychodystrophy, and psoriatic arthritis [27].

IL-17 inhibitors, especially brodalumab and ixekizumab, are known for their rapid onset of efficacy. Both IL-17 and IL-23 inhibitors, including brodalumab, ixekizumab, and risankizumab, have demonstrated high long-term efficacy and acceptable safety records in clinical studies [28]. However, some safety concerns have been identified. TNF- α inhibitors are associated with a

slightly increased risk of serious infections, tuberculosis, paradoxical reactions, lupus, and infusion reactions (specifically with infliximab). IL-17 inhibitors are linked to candidiasis, neutropenia, and inflammatory bowel disease, whereas no specific adverse events have been reported for IL-23 inhibitors thus far [29]. General safety concerns for biologics include the risk of hepatitis B virus reactivation and interstitial pneumonia, particularly with TNF- α inhibitors. There is insufficient evidence regarding the long-term safety of newer agents like IL-17 and IL-23 inhibitors [30].

Systemic corticosteroids, although not part of current psoriasis treatment protocols, are still used in clinical practice [31]. However, they are not suitable for long-term use due to their serious side effects. Methotrexate (MTX) acts by inhibiting keratinocyte proliferation. After oral administration, peak blood concentrations are reached within 1-2 hours, with bioavailability ranging from 25% to 70%. When administered subcutaneously or intramuscularly, peak concentrations are achieved within 30-60 minutes. MTX is minimally metabolized by the liver and is excreted unchanged by the kidneys. In low doses, MTX has a noticeable immunosuppressive effect without pronounced hemolytic activity, making it suitable for long-term treatment of chronic diseases such as psoriasis, rheumatoid arthritis, and Crohn's disease.

In cases of psoriasis exacerbation, topical therapy should commence with stronger corticosteroids and then transition to medium-strength drugs. Clobetasol and mometasone are suitable for this approach. IL-12/23, IL-17 antagonists, and new IL-23p19 antagonists represent a revolutionary breakthrough in psoriasis treatment. Several studies have summarized data on the efficacy and safety of IL-17 and IL-23 drugs [32]. The choice of therapeutic measures for psoriasis primarily depends on the severity of the condition. Patients with moderate to severe disease require systemic immunosuppressive therapy. Methotrexate, synthetic retinoids, and cyclosporine are commonly used but can be associated with organ toxicity and side effects, necessitating clinical and laboratory monitoring throughout treatment.

In recent years, genetically engineered drugs—monoclonal antibodies (MABs)—have been widely used to treat psoriasis. MABs are highly effective due to their anticytokine activity, targeting specific pathways in the pathological process, which significantly improves patients' quality of life and achieves prolonged remission. Vitamin A analogues are primarily prescribed for severe and rare forms of psoriasis. These drugs have anti-inflammatory properties that reduce skin cell proliferation, but their use is associated with severe adverse effects, including liver damage and teratogenicity [33].

A topical combination drug containing calcipotriol and betamethasone is the preferred choice for external treatment of various clinical forms of psoriasis. Studies have confirmed that both the ointment and gel forms of this drug are effective, promoting rapid resolution of clinical manifestations and improving the quality of life. The combination of calcipotriol and betamethasone can

be used to manage exacerbations and maintain long-term control over the disease. The drug's favorable organoleptic properties, combined with its high efficacy and good tolerability, ensure high patient compliance [34].

Studies have also indicated the high efficacy of various combination therapies, particularly when combined with ultraviolet therapy. These methods work through mutual potentiation and summation of each component's effects. Developing combined pharmaco-physiotherapeutic methods, including the use of ultraviolet radiation and low doses of immunosuppressive drugs, holds promise for treating certain dermatoses. In psoriasis, methotrexate, a first-line treatment for moderate psoriasis, is promising; however, increased photosensitivity limits its use with ultraviolet therapy, especially in patients with comorbidities. Combined ultraviolet therapy with emission at 311 nm and 320-400 nm (UVB/UVA) is theoretically suitable for psoriasis.

The combined method of treating psoriasis has a high safety profile, as evidenced by the absence of clinically significant adverse events, such as thrombocytopenia and leukopenia, and stable liver transaminases and creatinine levels. This enhances patient compliance. The high therapeutic and prophylactic efficacy and safety of the combined method make it a recommended approach for widespread use in dermatovenerology practice.

New biological agents such as risankizumab, guselkumab, ixekizumab, and brodalumab have demonstrated high efficacy in patients with moderate to severe psoriasis [35]. The physiological features of the skin in the palmar-plantar zone, particularly the thickness of the stratum corneum, allow the use of medium and strong topical corticosteroids. Mometasone furoate 0.1% ointment, and mometasone furoate 0.1% with salicylic acid 5%, are preferred due to their high therapeutic activity combined with safety (low resorption coefficient). The treatment regimen for palmar-plantar psoriasis is determined by its clinical form. Re-PUVA therapy (psoralen and ultraviolet A) is recommended for palmar-plantar pustular psoriasis, with acitretin taken orally in parallel with long-wave ultraviolet irradiation (PUVA therapy, PUVA baths). PUVA therapy, whether as monotherapy or combined with systemic retinoids, is effective but slow to show results. PUVA baths, PUVA therapy with photosensitizers on an oil or gel basis, and local SPT (spectral phototherapy) also have favorable effects [36].

Other methods in the treatment of psoriasis involve non-drug therapies, including stress reduction, spa treatments, a healthy lifestyle, and diet. While psoriasis can be well-managed to control its course and relieve symptoms, its multifactorial genesis prevents a complete cure. Patients can temporarily achieve clear skin, but since psoriasis is recurrent, plaques can reappear, especially under stress [37].

Recent data on the pathogenesis of psoriasis have led to its classification as a long-term chronic disease characterized by systemic inflammation. Patients with moderate to severe psoriasis require screening for

concomitant pathologies and systemic therapy. For mild to moderate psoriasis, local therapy is generally sufficient to alleviate the primary symptoms of the disease.

The literature describes isolated cases of spontaneous regression of palmar-plantar psoriasis lesions. There is evidence of positive outcomes from long-term use (4 years) of calcipotriol. One case reported regression of lesions after a 9-month course of external therapy with 5-fluorouracil, with no relapses during a subsequent 4-year observation period. However, in most cases, foreign studies have found several external therapy agents to be ineffective. These include glucocorticosteroids, glucocorticosteroids combined with retinoids, calcipotriol, 10% urea, vitamin A, tacrolimus, salicylic acid, 0.05% isotretinoin, ketoconazole, imiquimod, antibiotics, and colloidal dressings [38].

Contemporary liposomal technologies have enabled the creation of a unique base that effectively replenishes lipid deficiency and restores the protective function of the epidermis. For vulgar psoriasis of smooth skin, it is advisable to use a cream formulated for dry and sensitive skin of the face and body. For palmar-plantar psoriasis, a specialized hand cream is recommended, and for scalp lesions, a balm for dry scalp is appropriate.

Basic external therapies for chronic squamous-hyperkeratotic conditions of the palms and soles, characterized by pronounced dryness, peeling, and skin cracking, include emollients (from the French *molle* – soft). In contemporary dermatological practice, emollients are recognized as highly effective and essential for managing patients with dry skin prone to hyperkeratosis and desquamation. These agents have the capability to moisturize, soften, and replenish the skin with lipid components, thereby restoring its aesthetic appearance [39]. They reduce transepidermal water loss and replenish intercorneocyte lipid layers.

The therapeutic action of emollients is partly attributed to their ability to fill gaps between exfoliating keratinocytes. However, their primary therapeutic benefit is the enhancement of water content in the stratum corneum. Restoring hydration positively impacts not only the mechanical properties of the stratum corneum, improving skin extensibility and flexibility, but also actively supports the normalization of desquamation processes. Increased concentrations of free water molecules in the skin elevate proteolytic enzyme activity and expedite the breakdown of corneodesmosomes, resulting in more complete and

uniform separation of horny scales from the skin surface [40].

Incorporating emollients into comprehensive dermatological treatment regimens boosts the effectiveness of therapy, reduces treatment duration, prolongs remission periods, and improves the overall prognosis of the disease, thereby enhancing the patient's quality of life [41].

In therapeutic and preventive measures, ensuring adequate provision of energy, macronutrients, and micronutrients through an optimal diet is crucial [42]. Rational dietary therapy, which involves consuming diets balanced in essential nutrients and biologically active substances, combined with lifestyle modifications, can significantly enhance the patient's quality of life, correct metabolic disorders, and improve the condition of affected organs and systems, thereby positively influencing the progression of the skin condition [43].

Neglecting the completeness and balance of dietary nutrition, along with the patient's lifestyle, can diminish the effectiveness of therapeutic interventions. This oversight may lead to the exacerbation of alimentary-dependent pathologies, complicate existing conditions, prolong rehabilitation periods, increase the risk of complications, and heighten the frequency of adverse effects from drug therapies [44]. Despite its importance, the role of diet therapy in managing skin diseases, including psoriasis, remains underexplored. Additionally, certain lifestyle factors—such as alcohol consumption and smoking—significantly contribute to the development and progression of psoriasis, affecting its clinical course.

Conclusion

The treatment of palmoplantar psoriasis presents a significant challenge due to its refractory nature, which results from pronounced pathological changes in the epidermis and dermis, as well as continuous trauma and irritation of the skin on the hands and feet. The therapeutic approach involves a range of systemic and external treatments available to clinicians. Currently, various biological agents are employed in managing psoriasis, each differing in terms of onset of action, long-term effectiveness, safety profile, and effects on concomitant diseases. A thorough understanding of these attributes enables the selection of the most appropriate therapy, enhancing treatment outcomes and patient satisfaction by minimizing the disease's impact on daily life.

References:

1. Клинические протоколы диагностики и лечения МЗ РК. Псориаз. 2022. <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D0%BA-2022/17436>.
2. Матушевская ЕВ, Коновалова МВ, Владимировна ЕВ, Свищевская ЕВ. Патогенез и терапия псориаза и псориатического артрита. *Клиническая дерматология и венерология*. 2019;18(5):634-643. doi: 10.17116/klinderma201918051634.
3. Гуреева МА, Молочков АВ, Баграмова ГЭ, Сипкин МС, Карзанов ОВ. Эффективность узкополосной фототерапии в лечении различных форм псориаза с преимущественным поражением

References:

1. Klinicheskie protokoly diagnostiki i lecheniya MZ RK. Psoriaz. 2022. <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D0%BA-2022/17436>. [in Russian]
2. Matushevskaya EV, Konovalova MV, Vladimirova EV, Svirshevskaya EV. Patogenez i terapiya psoriaza i psoriaticeskogo artrita. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2019;18(5):634-643. doi: 10.17116/klinderma201918051634. [in Russian]
3. Gureeva MA, Molochkov AV, Bagramova GE, Sipkin MS, Karzanov OV. Effektivnost uzkopolosnoj fototerapii v lechenii razlichnyh form psoriaza s preimushestvennym porazheniem ladonej i podoshv.

- нием ладоней и подошв. *Альманах клинической медицины*. 2021;49(8):525-532. doi: 10.18786/2072-0505-2021-49-068.
4. Турбовская СН, Котенко КВ. Локальная узкополосная (311 нм) фототерапия ладонно-подошвенного псориаза у детей. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2016;15(6):308-310. doi: 10.18821/1681-3456-2016-15-6-308-310.
 5. Плиева КТ, Дворянкова ЕВ, Денисова ЕВ, Корсунская ИМ. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении больных псориазом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(6):110-114. doi: 10.17116/klinderma2017166110-114.
 6. Мурашкин НН, Амбарчян ЭТ, Епишев РВ, Материкин АИ, Опрятин ЛА, Иванов РА, КукOLEVA ДС, Помазанова МЮ, Купцова ДГ, Козыр ЯВ, Бакулев АЛ. Эффективность и безопасность устекинумаба у детей с бляшечной, эритродермической и ладонноподошвенной формами псориаза: ретроспективное когортное исследование. *Вопросы современной педиатрии*. 2020;19(6):531-537. doi: 10.15690/vsp.v19i6.2153.
 7. Буауиш Р. Применение неогтигазона у детей в лечении ладонно-подошвенного псориаза. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2017;7(5):700.
 8. Хисматуллина ЗР, Корешкова КМ, Юламанов АС. Опыт применения препарата нетакимба в лечении больных псориазом и псориатическим артритом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2021;20(6):72-80. doi: 10.17116/klinderma20212006172.
 9. Кубылинский АА, Короткий НГ, Тихомиров АА, Уджуху ВЮ, Шарова НМ. Оценка эффективности и безопасности применения отечественного селективного иммуносупрессора в терапии больных псориазом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;5:68-74.
 10. Павлова ТГ, Егошина ИГ. Опыт применения секукинумаба у пациента с ладонно-подошвенным псориазом тяжелого течения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018;17(5):128-132. doi: klinderma 201817051128.
 11. Матушевская ЕВ, Свиршевская ЕВ, Матушевская ЮИ. Вопросы безопасности и эффективности терапии псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;2:4-9.
 12. Тогоева ЛШ, Миннибаев МТ, Лукьянова ЕН, Корсунская ИМ.. Опыт лечения ладонно-подошвенного псориаза. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011;1:91-95.
 13. Сарсур Шади ХР, Руднева НС. Возможности биологической терапии при псориазе. *Вестник СурГУ. Медицина*. 2022;54(4):13-20. doi: 10.34822/2304-9448-2022-4-13-20.
 14. Круглова ЛС, Шаропова ЕН, ЖукOVA ОВ, Бабушкин АМ. Комбинированное лечение тяжелых форм псориаза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2013;16(1):34-36. doi: 10.17816/dv36779.
 15. Охлопков ВА, Правдина ОВ, Мельниченко ДС, Полещук ЕИ, Репина ТВ. Клиническая оценка комбинированной иммуносупрессивной терапии псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(3): 64-69. doi: 10.17116/klinderma201716364-69.
 16. Singh SK, Singnarpri SR. Safety and Efficacy of Methotrexate (0.3 mg/kg/week) versus a Combination of Methotrexate (0.15 mg/kg/week) with Cyclosporine (2.5 mg/kg/day) in Chronic Plaque Psoriasis: A Randomised Non-Blinded Controlled Trial. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021;87(2):214-222. doi: 10.25259/IJDVL_613_19.
 17. Олисова ОЮ, Гаранян ЛГ. Эпидемиология, этиопатогенез и коморбидность при псориазе – новые факты. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017;20(4):214-219. doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-4-214-219.
 18. Кунгуров НВ, Кениксфест ЮВ, Гришаева ЕВ, Кохан ММ. Клинический опыт применения препарата иксекизумаб в терапии пациентки с тяжелым псориазом и псориатическим артритом, резистентными к терапии. *Лечащий врач*. 2020;5:42-47. doi: 10.26295/OS.2020.20.45.008.
 19. Кубасов АА. Псориаз - не приговор. М.: КнигИздат; 2022.
 20. Сердюкова ЕА, Цой АЯ. Эффективность терапии этанерцептом у пациентов с тяжелыми формами псориаза: клинические наблюдения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2020;19(1): 75-81. doi: 10.17116/klinderma20201901175.
 21. Короткий НГ, Кубылинский АА, Тихомиров АА, Уджуху ВЮ, Шарова НМ. Новые высокоэффективные препараты в лечении псориаза. *Альманах клинической медицины*. 2021;49(8):525-532. doi: 10.18786/2072-0505-2021-49-068. [in Russian]
 4. Turbovskaya SN, Kotenko KV. Lokalnaya uzkoplosnaya (311 nm) fototerapiya ladonno-podoshvennogo psoriaza u detej. *Fizioterapiya, balneologiya i reabilitaciya*. 2016;15(6):308-310. doi: 10.18821/1681-3456-2016-15-6-308-310. [in Russian]
 5. Plieva KT, Dvoryankova EV, Denisova EV, Korsunskaya IM. Fotodinamicheskaya terapiya v kompleksnom lechenii bolnyh psoriazom. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2017;16(6):110-114. doi: 10.17116/klinderma2017166110-114. [in Russian]
 6. Murashkin NN, Ambarchyan ET, Epishev RV, Materikin AI, Opryatin LA, Ivanov RA, Kukoleva DS, Pomazanova MYu, Kupcova DG, Kozyr YaV, Bakulev AL. Effektivnost i bezopasnost ustekinumaba u detej s blyashechnoj, eritrodermicheskoy i ladonnopodoshvennoj formami psoriaza: retrospektivnoe kogortnoe issledovanie. *Voprosy sovremennoj pediatrii*. 2020;19(6):531-537. doi: 10.15690/vsp.v19i6.2153. [in Russian]
 7. Buauish R. Primenenie neotigazona u detej v lechenii ladonno-podoshvennogo psoriaza. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2017;7(5):700. [in Russian]
 8. Hismatullina ZR, Koreshkova KM, Yulamanov AS. Opyt primeneniya preparata netakimaba v lechenii bolnyh psoriazom i psoriaticheskim artritom. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2021;20(6):72-80. doi: 10.17116/klinderma20212006172. [in Russian]
 9. Kubylinskij AA, Korotkij NG, Tihomirov AA, Udzhuhu VYu, Sharova NM. Ocenka effektivnosti i bezopasnosti primeneniya otechestvennogo selektivnogo immunosupressora v terapii bolnyh psoriazom. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014;5:68-74. [in Russian]
 10. Pavlova TG, Egoshina IG. Opyt primeneniya sekukinumaba u pacienta s ladonno-podoshvennym psoriazom tyazhelogo techeniya. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2018;17(5):128-132. doi: klinderma 201817051128. [in Russian]
 11. Matushevskaya EV, Svirshetskaya EV, Matushevskaya Yul. Voprosy bezopasnosti i effektivnosti terapii psoriaza. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014;2:4-9. [in Russian]
 12. Togoeva LSh, Minnibaev MT, Lukyanova EN, Korsunskaya IM.. Opyt lecheniya ladonno-podoshvennogo psoriaza. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2011;1:91-95. [in Russian]
 13. Sarsur Shadi HR, Rudneva NS. Vozmozhnosti biologicheskoy terapii pri psoriaze. *Vestnik SurGU. Medicina*. 2022;54(4):13-20. doi: 10.34822/2304-9448-2022-4-13-20. [in Russian]
 14. Kruglova LS, Sharapova EN, Zhukova OV, Babushkin AM. Kombinirovannoe lechenie tyazhelyh form psoriaza. *Rossiiskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej*. 2013;16(1):34-36. doi: 10.17816/dv36779. [in Russian]
 15. Ohlopkov VA, Pravdina OV, Melnichenko DS, Poleshuk EI, Repina TV. Klinicheskaya ocenka kombinirovannoj immunosupressivnoj terapii psoriaza. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2017;16(3): 64-69. doi: 10.17116/klinderma201716364-69. [in Russian]
 16. Singh SK, Singnarpri SR. Safety and Efficacy of Methotrexate (0.3 mg/kg/week) versus a Combination of Methotrexate (0.15 mg/kg/week) with Cyclosporine (2.5 mg/kg/day) in Chronic Plaque Psoriasis: A Randomised Non-Blinded Controlled Trial. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021;87(2):214-222. doi: 10.25259/IJDVL_613_19.
 17. Olishova OYu, Garanyan LG. Epidemiologiya, etiopatogenez i komorbidnost pri psoriaze – novye fakty. *Rossiiskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej*. 2017;20(4):214-219. doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-4-214-219. [in Russian]
 18. Kungurov NV, Keniksfest YuV, Grishaeva EV, Kohan MM. Klinicheskij opyt primeneniya preparata ikekizumab v terapii pacientki s tyazhelym psoriazom i psoriaticheskim artritom, rezistentnymi k terapii. *Lechashij vrach*. 2020;5:42-47. doi: 10.26295/OS.2020.20.45.008. [in Russian]
 19. Kubasov AA. Psoriaz - ne prigovor. M.: KnigIzdatt; 2022. [in Russian]
 20. Serdyukova EA, Coj AY. Effektivnost terapii etanerceptom u pacientov s tyazhelymi formami psoriaza: klinicheskie nablyudeniya. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2020;19(1): 75-81. doi: 10.17116/klinderma20201901175. [in Russian]
 21. Korotkij NG, Kubylinskij AA, Tihomirov AA, Udzhuhu VYu, Sharova NM. Novye vysokoeffektivnye preparaty v lechenii psoriaza.

- риаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;12(3): 77-8.
22. Круглова ЛС, Мордовцева ВВ, Жукова ОВ, Серов ДН. Комбинация кальципотриола и бетаметазона в лечении псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;12(6): 54-63.
 23. Жукова ОВ, Круглова ЛС, Шарапова ЕН. Сочетанная ультрафиолетовая терапия и метотрексат в лечении больных тяжелыми формами псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015;14(2): 66-73. doi: 10.17116/klinderma201514266-72.
 24. Шортанбаева ЖА, Альменова ЛТ, Бейсебаева УТ, Хабизханов АБ, Абилайхыр АШ, Бабазаде НБ, Халмирзаева УП. Псориаз: этиология, патогенез, течение на современном этапе. *Вестник КазНМУ*. 2017;4:484-486.
 25. Gordon KB, Strober B, Lebwohl M, et al. Efficacy and Safety of Risankizumab in Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis (UltiMMa-1 and UltiMMa-2): Results from Two Double-Blind, Randomised, Placebo-Controlled and Ustekinumab-Controlled Phase 3 Trials. *Lancet*. 2018;392(10148):650-651. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31713-6.
 26. Paul C, Griffiths ChEM, Van de Kerkhof PCM, et al. Ixekizumab Provides Superior Efficacy Compared with Ustekinumab over 52 Weeks of Treatment: Results from IXORA-S, a Phase 3 Study. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(1):70-79.e3. doi: 10.1016/j.jaad.2018.06.039.
 27. Puig L, Lebwohl M, Bachelez H, Sobell J, Jacobson AA. Long-Term Efficacy and Safety of Brodalumab in the Treatment of Psoriasis: 120-Week Results from the Randomized, Double-Blind, Placebo and Active Comparator-Controlled Phase 3 AMAGINE-2 Trial. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):352-359. doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.095.
 28. Третьякова НН. Дифференциальная диагностика терапии ладонно-подошвенных форм псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2010;5:113-116.
 29. Бахлыкова ЕА, Филимонкова НН, Матусевич СЛ, Котельникова АБ, Ковкова ГЮ. Пустулезный псориаз: качество жизни пациентов и методы терапии. *Практическая медицина*. 2014;8(14):27-30.
 30. Романова АН, Спирина АР. Особенности псориаза и его отдельный клинический случай. *The scientific heritage*. 2021;72(2):45-49.
 31. Потекаев НН, Фомина ЕС, Бобров МА. Ограниченный акральный (ладонно-подошвенный) гипокератоз. *Клиническая дерматология и венерология*. 2022;21(2):179-182. doi: 10.17116/klinderma202221021179.
 32. Исаева ДР, Халдин АА. К вопросу о дифференциальной диагностике гиперкератотических дерматозов ладонно-подошвенной локализации. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;15(6):120-126. doi: 10.17116/klinderma2016156120-126.
 33. Бусько ТМ, Козырева ОО. Применение эксимерной лампы XeCl у пациентов с различными формами псориаза. *Смоленский государственный медицинский университет*. 2016;1:41-44.
 34. Хлебникова АН, Молочков АВ. Возможности липосомальной косметики в терапии псориаза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015;18(2):31-34. doi: 10.17816/dv36954.
 35. Львов АН, Круглова ЛС, Переверзина НО, Коленько НГ, Петрунин ДД. Противовоспалительный эффект комбинации кальципотриола и бетаметазона дипропионата. *Клиническая дерматология и венерология*. 2022;21(4):516-524. doi: 10.17116/klinderma202221041516.
 36. Bou-Dargham MJ, Khamis ZI, Cognetta AB, Sang QA. The role of Interleukin-1 in inflammatory and malignant human skin diseases and the rationale for targeting Interleukin-1 alpha. *Med Res Rev*. 2017;37(1):180-216. doi: 10.1002/med.21406.
 37. Белоусова ТА, Горячкина МВ. Хронические воспалительные дерматозы ладонно-подошвенной локализации. *Русский медицинский журнал*. 2013;8:393.
 38. Здзитовецкая НД, Карачева ЮВ, Окладникова ЕВ, Симакова НА. Современный взгляд на лечение среднетяжелых и тяжелых форм псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2023.22.4.434-440. doi: 10.17116/klinderma202322041434.
 39. Новикова ЛА, Донцова ЕВ, Бахметьев АА. Оценка эффективности наталиума при лечении псориаза. *Эффективная фармако-терапия*. 2022;18(31):28-32.
 40. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014;12(3): 77-8. [in Russian]
 22. Kruglova LS, Mordovceva VV, Zhukova OV, Serov DN. Kombinaciya kalcipotriola i betametazona v lechenii psoriaza. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014;12(6): 54-63. [in Russian]
 23. Zhukova OV, Kruglova LS, Sharapova EN. Sochetannaya ultravioletovaya terapiya i metotreksat v lechenii bolnyh tyazhelymi formami psoriaza. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2015;14(2): 66-73. doi: 10.17116/klinderma201514266-72. [in Russian]
 24. Shortanbaeva ZhA, Almenova LT, Beisebaeva UT, Habizhanov AB, Abilhajyr ASH, Babazade NB, Halmirzaeva UP. Psoriaticeskaya bolezнь: etiologiya, patogenez, techenie na sovremennom etape. *Vestnik KazNMU*. 2017;4:484-486. [in Russian]
 25. Gordon KB, Strober B, Lebwohl M, et al. Efficacy and Safety of Risankizumab in Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis (UltiMMa-1 and UltiMMa-2): Results from Two Double-Blind, Randomised, Placebo-Controlled and Ustekinumab-Controlled Phase 3 Trials. *Lancet*. 2018;392(10148):650-651. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31713-6.
 26. Paul C, Griffiths ChEM, Van de Kerkhof PCM, et al. Ixekizumab Provides Superior Efficacy Compared with Ustekinumab over 52 Weeks of Treatment: Results from IXORA-S, a Phase 3 Study. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(1):70-79.e3. doi: 10.1016/j.jaad.2018.06.039.
 27. Puig L, Lebwohl M, Bachelez H, Sobell J, Jacobson AA. Long-Term Efficacy and Safety of Brodalumab in the Treatment of Psoriasis: 120-Week Results from the Randomized, Double-Blind, Placebo and Active Comparator-Controlled Phase 3 AMAGINE-2 Trial. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):352-359. doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.095.
 28. Tretyakova NN. Differencialnaya diagnostika terapii ladonno-podoshvennyh form psoriaza. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2010;5:113-116. [in Russian]
 29. Bahlykova EA, Filimonkova NN, Matusevich SL, Kotelnikova AB, Kovkova GYu. Pustuleznyy psoriaz: kachestvo zhizni pacientov i metody terapii. *Prakticheskaya medicina*. 2014;8(14):27-30. [in Russian]
 30. Romanova AN, Spirina AR. Osobennosti psoriaza i ego otdelnyj klinicheskij sluchaj. *The scientific heritage*. 2021;72(2):45-49. [in Russian]
 31. Potekaev NN, Fomina ES, Bobrov MA. Ogranichennyy akralnyj (ladonno-podoshvennyj) gipokeratoz. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2022;21(2):179-182. doi: 10.17116/klinderma202221021179. [in Russian]
 32. Isaeva DR, Haldin AA. K voprosu o differencialnoj diagnostike giperkeratoticheskikh dermatozov ladonno-podoshvennoj lokalizacii. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2016;15(6):120-126. doi: 10.17116/klinderma2016156120-126. [in Russian]
 33. Busko TM, Kozyreva OO. Primenenie eksimernoj lampy XeCl u pacientov s razlichnymi formami psoriaza. *Smolenskij gosudarstvennyj medicinskij universitet*. 2016;1:41-44. [in Russian]
 34. Hlebnikova AN, Molochkov AV. Vozmozhnosti liposomalnoj kosmetiki v terapii psoriaza. *Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej*. 2015;18(2):31-34. doi: 10.17816/dv36954. [in Russian]
 35. Lvov AN, Kruglova LS, Pereverzina NO, Kolenko NG, Petrunin DD. Protivovospalitelnyj effekt kombinacii kalcipotriola i betametazona dipropionata. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2022;21(4):516-524. doi: 10.17116/klinderma202221041516. [in Russian]
 36. Bou-Dargham MJ, Khamis ZI, Cognetta AB, Sang QA. The role of Interleukin-1 in inflammatory and malignant human skin diseases and the rationale for targeting Interleukin-1 alpha. *Med Res Rev*. 2017;37(1):180-216. doi: 10.1002/med.21406.
 37. Belousova TA, Goryachkina MV. Hronicheskie vospalitelnye dermatozy ladonno-podoshvennoj lokalizacii. *Russkij medicinskij zhurnal*. 2013;8:393. [in Russian]
 38. Zdzitoveckaya ND, Karacheva YuV, Okladnikova EV, Simakova NA. Sovremennyy vzglyad na lechenie srednetyazhelyh i tyazhelyh form psoriaza. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2023.22.4.434-440. doi: 10.17116/klinderma202322041434. [in Russian]

- doi: 10.33978/2307-3586-2022-18-31-28-32
40. Саввина НА, Слепцова НП, Стешенко ИГ. Опыт применения отечественного ингибитора IL-17A (anti-IL-17A) в терапии средне-тяжелого псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2020;19(5):739-748. doi: 10.17116/klinderma202019051739.
41. Кубанов АА, Богданова ЕВ. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Итоги 2018 года. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2019;4:8-23. doi: 10.25208/0042-4609-2019-95-4-8-23.
42. Хайрутдинов ВР, Белоусова ИЭ, Самцов АВ. Иммунный патогенез псориаза. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2016;4:20-26. doi: 0.25208/0042-4609-2016-92-4-20-26.
43. Лыкова СГ, Немчанинова ОБ, Павлова ТГ, Позднякова ОН, Свечникова ЕВ. Особенности методического подхода при разработке лечебно-профилактических мероприятий по оптимизации питания и отдельных составляющих образа жизни больных псориазом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018;17(2):108-113. doi: 10.17116/klinderma2018172108-113.
44. Суханов БП, Керимова МГ, Елизарова ЕВ. Актуальные аспекты надзора за диетическим лечебным и профилактическим питанием в медицинских организациях. *Вопросы питания*. 2014;83(1):12-19. doi: 10.24411/0042-8833-2014-00002.
39. Novikova LA, Doncova EV, Bahmetev AA. Ocenka effektivnosti netakimaba pri lechenii psoriaza. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2022;18(31):28-32. doi: 10.33978/2307-3586-2022-18-31-28-32. [in Russian]
40. Savvina NA, Slepцова NP, Steshenko IG. Opyt primeneniya otechestvennogo ingibitora IL-17A (anti-IL-17A) v terapii srednetyazhelogo psoriaza. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2020;19(5):739-748. doi: 10.17116/klinderma202019051739. [in Russian]
41. Kubanov AA, Bogdanova EV. Organizaciya i rezultaty okazaniya medicinskoj pomoshi po profilyu «dermatovenerologiya» v Rossijskoj Federacii. Itogi 2018 goda. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2019;4:8-23. doi: 10.25208/0042-4609-2019-95-4-8-23. [in Russian]
42. Hajrutdinov VR, Belousova IE, Samcov AV. Immunnyj patogenez psoriaza. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2016;4:20-26. doi: 0.25208/0042-4609-2016-92-4-20-26. [in Russian]
43. Lykova SG, Nemchaninova OB, Pavlova TG, Pozdnyakova ON, Svechnikova EV. Osobennosti metodicheskogo podhoda pri razrabotke lechebno-profilakticheskikh meropriyatij po optimizacii pitaniya i otdelnyh sostavlyayushih obraza zhizni bolnyh psoriazom. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2018;17(2):108-113. doi: 10.17116/klinderma2018172108-113. [in Russian]
44. Suhanov BP, Kerimova MG, Elizarova EV. Aktualnye aspekty nadzora za dietichskim lechebnym i profilaktichskim pitaniem v medicinskih organizacijah. *Voprosy pitaniya*. 2014;83(1):12-19. doi: 10.24411/0042-8833-2014-00002. [in Russian]



УДК 614.253.5
МРНТИ 76.75

М.Б. КУРГАНБЕКОВА, М.К. ТАУШАНОВА, К.Б. ТУРДАЛИНА, Ж.А. ДОСТАНОВА

МЕЙІРГЕР ІСІН ЖЕТІЛДІРУ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Курганбекова М.Б. – <https://orcid.org/0000-0002-3739-2365>

Таушанова М.К. – <https://orcid.org/0000-0002-0165-9312>

Турдалина К.Б. – <https://orcid.org/0000-0002-1665-2578>

Достанова Ж.А. – <https://orcid.org/0000-0002-2531-7106>

Библиографиялық сілтеме:

Курганбекова МБ, Таушанова МК, Турдалина КБ, Достанова ЖА. Мейіргер ісін жетілдіру орталығының қалыптасуы. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):105-109.

Citation:

Kurganbekova MB, Taushanova MK, Turdalina KB, Dostanova JA. Establishment of the Center for Nursing Improvement. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):105-109.

Библиографическая ссылка:

Курганбекова МБ, Таушанова МК, Турдалина КБ, Достанова ЖА. Становление центра совершенствования сестринского дела. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):105-109.

Мейіргер ісін жетілдіру орталығының қалыптасуы

М.Б. Курганбекова, М.К. Таушанова, К.Б. Турдалина, Ж.А. Достанова
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Бұл мақалада Қазақстанда мейіргер ісін реформалау кезеңдері мен мейіргер ісін жетілдіру орталығының қалыптасуы сипатталған. Осы даму барысында халықаралық стандарттарға сәйкес денсаулық сақтау жүйесінің мақсатты салаларына қол жеткізілген. «Денсаулық сақтауды реформалау арқылы мейіргер ісінің жоғары білім беруінің әлеуеттілігін арттыру» жобасы мейіргерлік іс саласында болып жатқан өзгерістерді қолдау мақсатында ойластырылған. Қазақстанның денсаулық сақтау саласында мейіргерлік тәжірибені дамытуға, денсаулық сақтау саласындағы мейіргер ісі бойынша ғылыми-зерттеу қызметін дамытуда медициналық ЖОО-дың рөлін, Қазақстанның денсаулық сақтау мейіргер ісінде көшбасшылықты және басқару жүйесін дамытуға, жоғары білім беру жүйесінде мейіргер ісін магистратура және PhD докторантура деңгейінде жетілдіруге бағытталған.

Негізгі сөздер: мейіргер ісі, мейіргер ісін реформалау, нормативтік-құқықтық база, мейіргерлік білім, мейіргер ісін жетілдіру орталығы

Establishment of the Center for Nursing Improvement

M.B. Kurganbekova, M.K. Taushanova, K.B. Turdalina, J.A. Dostanova
Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktoke, Kazakhstan

This study outlines the progression of nursing reform and the establishment of the Center for Nursing Improvement in Kazakhstan. Through this initiative, the healthcare sector aims to align with international standards. The project "Enhancing Higher Education Potential in Nursing through Healthcare Reform" was conceived to support ongoing transformations in nursing. It focuses on advancing nursing expertise in Kazakhstani healthcare, enhancing the role of medical universities in nursing research, fostering leadership and management systems in nursing, and refining nursing education at the master's and PhD levels.

Keywords: nursing, nursing reform, regulatory frameworks, nursing education, Center for Nursing Improvement

Становление центра совершенствования сестринского дела

М.Б. Курганбекова, М.К. Таушанова, К.Б. Турдалина, Ж.А. Достанова
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе, Казахстан

В данной статье описаны этапы реформирования сестринского дела и становления Центра совершенствования сестринского дела в Казахстане. В ходе этого развития были достигнуты целевые отрасли системы здравоохранения в соответствии с международными стандартами. Проект «Повышение потенциала высшего образования сестринского дела через реформу здравоохранения» был задуман в поддержку происходящих изменений в сфере сестринского дела и направлен на развитие сестринского опыта в сфере здравоохранения Казахстана,



Курганбекова
Меруерт Бахбергеновна.
e-mail: macosya@inbox.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
26.03.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
27.05.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

роль медицинских вузов в развитии научно-исследовательской деятельности по сестринскому делу в области здравоохранения, развитие лидерства и системы управления в сестринском деле здравоохранения Казахстана, совершенствование сестринского дела в системе высшего образования на уровне магистратуры и PhD докторантуры.

Ключевые слова: сестринское дело, реформирование сестринского дела, нормативно-правовые базы, сестринское образование, центр совершенствования сестринского дела

Мейіргер ісі – бұл денсаулық сақтау жүйенің ажырамас бөлігі, денсаулықты нығайту, аурулардың алдын алу, психоәлеуметтік көмек, физикалық және (немесе) психикалық ауруы бар, сондай-ақ еңбекке жарамсыз барлық жас топтары бойынша қызметті қамтиды [1]. Мейіргер қызметі – медициналық персоналдар құрылымында көптеп саналатын санат, (Дүние жүзі денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша) денсаулық сақтау саласы мамандарының 60%-ын мейіргерлер құрайды, ал Қазақстанда бұл көрсеткіш 75%-ды құрайды. Сондай-ақ, медицина қызметкерлері мен пациенттер арасындағы байланыстың 90%-ы мейіргерлердің үлесінде. Келтірілген деректерге сүйенсек, көрсетілетін медициналық көмектің тиімділігі мейіргерлердің кәсібилігіне, біліктілігіне және мамандарды даярлау деңгейіне байланысты екенін көрсетеді. Бүгінгі таңда денсаулық сақтау жүйесі қарқынды реформалану кезеңінде, осыған байланысты орта медициналық қызметкерлерден байсалды болуды, білім деңгейлерін үнемі жаңартып отыруды талап етеді, онсыз тәжірибеге жаңа тиімді технологияларды енгізу мүмкін емес [2].

Әлем елдеріндегі мейіргер ісінің дамуы әртүрлі деңгейлерде және мәселелердің шешімімен айналысуға үлкен ниет білдіруде, үкімет тиімді көмекке қолжетімділікті жақсарту мақсатында барлық медициналық қызмет көрсету аумағын нығайту қажеттілігі туралы түсінді, бұл сөзсіз халықтың денсаулығын жақсартуға әкеледі [3].

Қазақстан Республикасында (ҚР) мейіргер ісі жеке пән ретінде емес, тек медицинаның көмекші бөлігі ретінде дамыған, ғылыми базаларға емесі кеңестік кезеңдегі мемлекеттерге тән дәстүрге негізделген. Елімізде мейіргер ісіне көптеген онжылдықтар бойы тиісті көңіл бөлінбеді, денсаулық сақтау жүйесінің осы саласының көптеген шет елдердің қазіргі заманғы ғылым мен жаңа медициналық технологиялардың даму деңгейінен артта қалуы, дайындалған мейіргерлер жұмыстан шығуы және орта медициналық кадрларының тапшылығы салдарынан Қазақстандағы мейіргерлік көмек сапасының төмендеуіне себеп болды [4].

1990-шы жылдары Қазақстанда мейіргер ісінің дамуын жеделдету мақсатында иерархиялық құрылым (Министрлік пен денсаулық сақтау басқармаларында бас мейіргер лауазымын енгізу), қоғамдық институттар (мейіргерлер мен акушерлер қауымдастығын құру), жоғары мейіргерлік білім құру арқылы әрекеттер жасалды. Алайда мейіргер қызметкерлерін ұйымдастыру мен басқарудың көптеген аспектілері, өз деңгейінде дамуына кедергісін туындатты мысалы, мамандардың

құзыреттілік деңгейінің жеткіліксіздігі, кәсіби өсу мотивациясының төмендігі, бедел мен мамандықтың әлеуметтік мәртебесінің төмендігі, мейіргер ісін реформалаудағы дамыту стратегияларының біртұтас болмауы Қазақстан Республикасындағы мейіргер ісінің мәселелері болып қалды. Осы мәселелерді шешу үшін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамыту 2005-2010 жж реформалаудың мемлекеттік бағдарламасы енгізілді. Оның аясында көптеген мәселелер орындалды, оның ішінде кадр әлеуетін реттейтін нормативтік-құқықтық база: лауазымдар номенклатурасы оңтайландырылды, денсаулық сақтау қызметкерлерінің лауазымдары мен медициналық мамандықтарның біліктілік сипаттамалары жетілдірілді [5, 6].

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министрлігінің 2011-2015 жылдарға арналған мемлекеттік стратегиялық бағдарламасын іске асыру кезеңінде шетелде медицина кадрларының біліктілігін жоғарылатуға, шетелдің алдыңғы қатарлы мамандарын тарта отырып, мастер-кластар ұйымдастыруға үлкен көңіл бөлінді [4].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) мейіргер қызметтерінің тұрғынға қолжетімді медициналық көмекке қажеттіліктерді қанағаттандыру мүмкіндігі өсіп келе жатқандығын көрсетеді.

Мейіргер ісін нығайту мен дамытуды қолдау көрсету бойынша ДДҰ растайды:

- мейіргерлік кадрларды даярлау және еңбек ресурстарын жоспарлау стратегиясын әзірлеуді;
- мейіргер ісін дамыту үшін нормативтік-құқықтық база құруды;
- мейіргер қызметкерлеріне тиімді қызмет үшін жағдай жасау мен басқа медициналық санаттардағы қызметкерлермен өзінің толық кәсіби әлеуетін іске асыру мүмкіндіктерін [7]. «Қазақстан Республикасының мейіргер ісін дамытудың 2020 жылға дейінгі кешенді жоспары» бойынша қойылған мақсаттары:
- Мейіргерлердің жаңа құзыреттерін енгізу және олардың қоғамдық денсаулық сақтау жүйесіндегі рөлі;
- Мейіргер ісін реформалау қажеттіліктеріне сәйкес медициналық колледждер мен университеттерді институционалдық дамыту;
- Мейіргерлік білім беруді нығайту және мейіргерлік күтім жүйесін дамыту үшін ғылыми негіз құру;
- Мейіргердің жаңа медициналық кәсібінің оң имиджін қалыптастыру үшін мейіргер ісін реформалау бойынша маркетинг және хабардарлықты арттыру;
- Республикада мейіргер ісін реформалауды ұй-

- лестіру механизмдерін әзірлеу және іске асыру.
- Мейіргерлік қызметтерді реформалауды қолдауға бағытталған іс-шаралар:
- Мейіргерлердің құқықтарын кеңейту;
- Ұлттық және халықаралық мейіргерлік қауымдастығына қосылу;
- Медициналық университеттерде сенімді академиялық мейіргерлік факультеттерін құру;
- Дәлелді мейіргер ісін дамыту жөніндегі бірлескен жобалар нысанында медициналық университеттер мен денсаулық сақтау ұйымдарының ынтымақтастығы мен бірлесіп серіктестік құрылуы;
- Мейіргер ісін жетілдіру орталығын құру [8].

Басқа елдердегі мейіргерлік істің даму тәжірибесі, мейіргер персоналдардың қызметтері өзгерген, дәстүрлі практиканың орнына ауруханаларда көмектің аурумен байланысты ғана емес, сонымен қатар жеке және қоғамдық денсаулықты сақтау мен қолдау мәселелерін қамтитын көмектің жаңа түрлері көрсетіле бастады.

Елімізде мейіргерлік істі дамыту ҚР Денсаулық сақтау министрінің стратегиялық мақсаттарының бірі және саланы жалпы біліктілік құзыреттерін бойына сіңірген жоғары білікті мейіргер мамандармен қамтуға арналған. Осы мақсатқа жету үшін Денсаулық сақтау министрі Еуропалық мәліметтерге сәйкес және мейіргерлер қызметін тиімді басқаруды енгізуге сәйкес мейіргерлік іс мамандарын даярлаудың барлық деңгейін дамыту жөнінде шаралар қабылдады [9].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы мейіргер ісі мамандарының мәртебесі мен рөлін арттыру соның ішінде: клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтар және операциялық процедуралар стандартын (ОПС) енгізу, өз бетінше қабылдауды бекіту және оларға қосымша дәрігерлік функцияларды беру арқылы кеңейтілген практикадағы орта медицина жұмыскерлерінің рөлін күшейту, сонымен қатар мейіргерлік істі басқару мен дамытуға қатысты кешенді шаралар қамтылған [10].

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексінің 127-бабында клиникалық хаттамаларға және клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтарға сәйкес мейіргерлік қызмет, науқастың жай-күйін бағалауды, мейіргерлік диагноз қоюды, мейіргерлік араласу жоспарын тағайындауды және тиімділік мониторингін қамтитын тәуелсіз кәсіптік мейіргерлік күтімді жүзеге асыру құқығы айқындалған [11].

Мейіргерлік іс мамандығы бойынша орта мейіргер қызметінен бастап мейіргер ісі бойынша PhD докторға дейінгі маман даярлаудың көпдеңгейлі жүйесі енгізілді. Қолданбалы және академиялық бакалавриат, магистратура және PhD докторантураның интеграцияланған бағдарламалары әзірленді, соның ішінде жұмыс істеп жүрген мейіргерлерге орта білімнен кейінгі, жоғары және жоғарғы оқу орындарынан (ЖОО)

кейінгі мейіргерлік білім алуларына мүмкіндік беретін жеделдетілген және икемді білім беретін бакалавриаттың жеделдетілген бағдарламалары да бар. Аталған траекториялық бағдарламалар мейіргерлер құзыреттілігін дамыту арқылы сапалы, қауіпсіз және тиімді мейіргерлік көмекті қамтамасыз етеді. Елімізде ғылыми, педагогикалық мейіргер мамандарға деген сұраныс жоғары. Жоғары мейіргерлік білім беруді дамыту, сондай-ақ, магистратура және PhD докторантурада деңгейінде мейіргерлер даярлау, педагогикалық және ғылыми құзыретті қамтамасыз етуде, мейіргер ісі бойынша оқытушыларды даярлау, мейіргер ісінде және тәжірибеде маңызды [9].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы тұжырымдамасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарының нысаналы индикаторларының бірі: орта медицина қызметкерлерін үш тұғыр (ғылым, білім және клиникалық практика) негізінде даярлау, мейіргер ісінде магистрлер мен PhD докторларын даярлауға мемлекеттік тапсырыс орналастыруды арттыру. Жергілікті атқарушы органдар кадр саясатын дамытуға, қажеттілікті қанағаттандыруға, өңірдің орта медицина жұмыскерлерін даярлауға мемлекеттік тапсырысты жоспарлауға және орналастыруға жауапты болады. Кеңейтілген практика мейіргерлерін даярлау жалғасатын болады. Жалпы практика дәрігерінің / отбасылық дәрігердің кейбір функциялары біртіндеп кеңейтілген практика мейіргерлеріне беріледі, бұл медициналық көмектің сапасын арттыруға, дәрігердің күнделікті жүктемесін ішінара азайтуға мүмкіндік береді. «Денсаулық сақтау жүйесіндегі мейіргер кадрларының жалпы санындағы кеңейтілген практика мейіргерлерінің (қолданбалы және академиялық бакалавриат бағдарламалары бойынша дайындалған) үлесі» (2025 жылға қарай 7%) болып табылады [10].

Аталған міндетті шешу барысында елімізде мейіргер ісін дамыту және жоғары білім беру саласында әлеуетті арттыру мақсатында «Қазақстан – AccelEd жоғары білім беру жүйесінде мейіргер ісін магистратура және PhD докторантура деңгейінде жетілдіру» жобасы Қазақстанның жоғары білім беру жүйесіндегі мейіргер ғылымы мен зерттеулерін реформалауға, Қазақстандағы жаратылыстану ғылымдары саласындағы Денсаулық сақтау мен жоғары білім беру практикасын басқаруды, менеджментті және функциясын жаңғыртуға бағытталған жобасы мен AccelEd жобасының мақсаттары мен міндеттері жоғары мейіргерлік білімге қатысты мәселелер мен қиындықтар және жобаның мақсатты топтарының нақты қажеттіліктері негізінде құрылды. Академиялық персоналдар мен саясаткерлерді қоса алғанда, ұлттық, жергілікті және халықаралық мүдделі тараптардың кең ауқымы жобалық өтінімді әзірлеуге қатысты, сол арқылы Қазақстанның ұлттық контексті үшін өзектілігін ескере отырып, қойылған міндеттерді шешудің мақсаттары мен жүзеге асырылуына қол жеткізуді қамтамасыз етті.

«Денсаулық сақтауды реформалау үшін мейіргер

ісі саласындағы жоғары білім берудің инновациялық әлеуетіне жәрдемдесу – ProInCa» жобасы Эрасмус+ жоғары білім беру саласындағы әлеуетті арттыру бағдарламасымен бірлесіп қаржыландырылды. Жобаның ауқымды мақсаты мейіргер ісін жаңғырту үшін Қазақстанның медициналық университеттерінің тұрақты инновациялық әлеуетін дамыту болды. Жоба жоспары 2016 жылдың күзінде дайындалып, 15.10.2017 – 31.01.2021 жылдар аралығында іске асырылды [8].

Осы жоба аясында Қазақстанда Мейіргер ісін жетілдіру орталықтары құрылды (МІЖО). МІЖО – ның басқарушы органы серіктес университеттердің ректорлары мен "Парыз" мейіргерлер қауымдастығы мен медициналық колледждер қауымдастығының президенттерінен тұратын консорциум кеңесі болып табылады. МІЖО құрылымына 5 аймақтық және Орталық кеңсе кіреді. Орталық кеңсе - Астана медицина университеті мен Назарбаев Университетінің Медицина мектебі басқаратын үйлестіру кеңсесі. 5 өңірлік кеңселер – Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Семей медицина университеті, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Қарағанды медицина университеті және Қазақ ұлттық медицина университеті. Жалпы орталықтың негізгі миссиясы – адамдардың денсаулығын, медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін мейіргерлердің мүмкіндіктерін кеңейту арқылы мейіргерлік тәжірибені жақсартуға үлес қосу.

МІЖО аймақтық кеңселерінің қызметтері:

- * Консорциум Кеңесі бекіткен жылдық жұмыс жоспарына сәйкес жұмысты орындау;
- * МІЖО шеңберінде жергілікті денсаулық сақтау органдарымен, өңірлік кәсіптік мейіргерлік қауымдастықтармен, Денсаулық сақтау ұйымдарымен өзара іс-қимыл жасау;
- * Мейіргер платформасы, зерттеу және мейіргер ісінің көшбасшылығы бойынша МІЖО платформасына мазмұн беру;
- * Ұлттық деңгейде мейіргер ісі бойынша конференциялар, дөңгелек үстелдер, онлайн/оффлайн кездесулер ұйымдастыру;
- * МІЖО желісін кеңейту;
- * Мейіргерлердің біліктілігін арттыру.

Орталықтың міндеттері мен қызметтері: МІЖО мейіргерлік тәжірибе, мейіргерлік білім және мейіргерлік зерттеулер арасындағы ынтымақтастық пен байланыс орнату алаңы ретінде қызмет етеді. МІЖО білімді белсенді түрде жинайды, насихаттайды және бөліседі (Оқу материалдары, үздік тәжірибелер, клиникалық мейіргерлік ұсыныстар және мейіргерлік зерттеулердің нәтижелері). МІЖО мейіргер ісінің өзекті мәселелері бойынша әлеуетті арттыруды ұйымдастыруға арналған платформаны ұсынады. МІЖО ның негізгі электрондық www.nursekz.com платформасы шеңберінде желілік Ұйымдық құрылым ретінде қарастырылады. www.nursekz.com ұжымдық жұмыс үшін тегін веб-беттен және Moodle қорғалған платформасынан тұратын МІЖО электрондық платформа-

сы мейіргерлерге, студенттерге, мейіргер оқытушыларына, мейіргер зерттеушілеріне және мейіргер ісіндегі басқа да мүдделі тұлғаларға арналған барлық ақпаратты бар қызмет болып табылады [9].

Мейіргер ісін жетілдіру орталығы Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінде 2021 жылдың қаңтар айында ашылды. Коммерциализация негізінде барлық деңгейдегі мейіргерлердің, университеттердің, колледждердің, мейіргер оқытушыларының, сондай-ақ «Мейіргер ісі» мамандығы бойынша магистрлердің біліктілігін арттыру, мастер кластар, семинарлар, тренингтер ұйымдастырады.

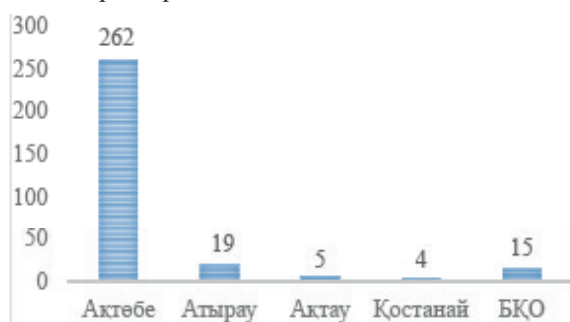
2022 жылы 25 қарашада «Мейіргер ісін реформалау: жетістіктер, проблемалар мен перспективалар» атты 1-ші халықаралық конференция өтті. Конференцияны Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медициналық университеті, Мейіргер ісін жетілдіру орталығы, «Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау» кафедрасы және Ақтөбе орта медицина қызметкерлерінің қауымдастығы ұйымдастырды.

Конференцияға Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің өкілдері, «Ресей мейіргерлер қауымдастығы» жалпыресейлік қоғамдық ұйымының президенті, Финляндия, Польша, Ақтөбенің орта медицина қызметкерлерінің халықаралық сарапшылары: Жоғары мейіргерлік білімі бар профессор-оқытушылар құрамының жеткіліксіз саны бойынша, негізгі жинау алаңы ретінде мейіргер ісін жетілдіру орталығын ілгерілету (платформада www.nursekz.com), және материалдарды насихаттау, ҚР-да озық тәжірибелер орталықтарын кеңінен енгізу және ашу, практикалық денсаулық сақтаудағы көшбасшылық және менеджмент бойынша құзыреттерді іске асыру мәселелері қаралып талқыланды. Конференция жұмысына облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың денсаулық сақтау басқармаларының, АМСК ұйымдарының, медициналық жоғары оқу орындарының, үкіметтік емес ұйымдардың, жоғары медициналық колледждердің өкілдері және 500 ден аса мейіргерлер қатысты.

2023 жылы 25 сәуірде «Мейіргерлік технологиялар: инновациялар, тәжірибеге енгізу» атты 2-ші халықаралық ғылыми-практикалық конференциясы өтті. Бұл конференция Ақтөбе орта медицина қызметкерлері қауымдастығының құрылуына 20 жыл мерейтойымен тұспа-тұс келді. Конференцияға Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің өкілдері, Ресей, Қырғыстан, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымдарының өкілдері, "Парыз" мейіргер мамандары Республикалық қоғамдық берлестік төрағасы қатысты. Конференция аясында мейіргер ісі саласында болып жатқан реформалар мен білім саласындағы жетістіктер туралы айтылды.

Ақтөбе облысының медбикелер қауымдастығы, сондай-ақ «Gaudeamus» халықаралық холдингі арасында қол қойылған Меморандум МІЖО қызметкерлерінің Ақтөбе облысының және ҚР басқа да облыстарының мейіргерлерінің ақпараттық базасын құруға

мүмкіндік берді. 2023 жылдың ақпан айынан бастап МІЖО сертификаттарды есепке алу үшін белгіленген нысанды тіркеу журналын ресми түрде алды. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің қолдауымен Мейіргер ісін жетілдіру орталығының базасында мейіргерлерді ресми және бейресми оқытуды өткізу жөніндегі жұмыс жоспары www.nursekz.com порталында орналастырылған МІЖО базасында мейіргерлерді оқытуға сұраныс географиясы бүкіл Қазақстан бойынша кеңейіп келе жатқандығын айта аламыз. Жалпы Қазақстан Республикасында барлық деңгейдегі мейіргерлерді ресми және бейресми оқытуды жүзеге асыратын 91 медициналық колледж және 7 медициналық ЖОО - дары бар.



Сурет. Мейіргер ісін жетілдіру орталығында Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігінің 005-бюджеттік бағдарламасын оқыған мейіргерлер саны.

2023 жылдың қыркүйек айында МІЖО алғаш рет Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 005-бюджеттік жобасына қатысып, 5 бағдар-

лама бойынша мемлекеттік білім беру тапсырысын жеңіп алды. Батыс Қазақстан бойынша 305 мейіргер оқытылды (суретте).

2023 жылдың желтоқсан айында Әділет министрлігінің тапсырымен сот медициналық сараптама мамандығы бойынша 31 орта медицина қызметкерлерін оқытты. МІЖО базасында 2021 жылдан 2023 ші жыл арасында үш мыңнан аса мейіргерлер біліктіліктерін жетілдірді.

Мейіргер ісін халықаралық стандарттар деңгейіне дейін дамыту – қоғамның қазіргі даму деңгейінің міндетті талабы. Мейіргер ісінің даму дәрежесі қоғам денсаулығының көрсеткіштерін арттыру құралдарының бірі болып табылады. Әрбір мейіргердің мансаптық өсуінің сәтті кепілі тәжірибе, үздіксіз оқу және ғылыми зерттеулерге қатысу болып табылады. Елімізде ғылыми, педогогикалық мейіргер мамандарға деген сұраныс жоғары. Жоғары мейіргерлік білім беруді дамыту, сондай ақ, магистратура және PhD докторантура деңгейінде мейіргерлер даярлау, педагогикалық және ғылыми құзыретті қатамасыз етуде, мейіргер ісі бойынша оқытушыларды даярлау мейіргер ісінде және тәжірибеде маңызға ие. Мейіргер ісі мамандағының даму қарқыны денсаулық сақтау жүйесіндегі мейіргерлер ролін айтарлықтай нығайта түсті. Мейіргерлік істің ғылыми көзқарасқа және тәжірибеге негізделген қазіргі заманғы теориялары мейіргерді мейіргерлік шешімдерді өзі қабылдайтын, мейіргерлік құжаттарға тиісті жазбаларды жаза отырып, мейіргерлік күтімді жоспарлайтын және жүзеге асыратын дәрігердің тең құқылы серіктесі ретінде көрсетеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Митрякова ГИ. Пути совершенствования сестринского дела в Казахстане. Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции. Пути совершенствования сестринского дела в Казахстане. 2013;28.
2. Садыкова КА. Актуальные вопросы в современной сестринской практике. Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции. Пути совершенствования сестринского дела в Казахстане. 2013;18-19.
3. Укрепление сестринских и акушерских служб. Стратегические направления 2002-2008. ВОЗ. – Женева. 2003;2.
4. Аяпов К. Развитие сестринского дела в Республике Казахстан. 2010;78-80.
5. Бурибаева ЖК. Теоретические и методологические основы развития сестринского дела на уровне первичной медико - санитарной помощи. 2008;5.
6. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438>
7. Сейдуманов СТ. О проблемах и перспективах сестринского дела в Казахстане. Журнал Главный врач. 2013;3(5):14.
8. <http://proinca-nursing.kz/> 2024; 26(4).
9. <https://nursekz.com/kk/nursing-in-kazakhstan/>
10. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы» <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/P2200000945>
11. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі» <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>.

Ädebietter tizimi:

1. Mityrakova GI. Puti sovershenstvovaniya sestrinskogo dela v Kazhastane. Sbornik materialov Respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferencii. Puti sovershenstvovaniya sestrinskogo dela v Kazhastane. 2013;28. [in Russian]
2. Sadykova KA. Aktual'nye voprosy v sovremennoj sestrinskoj praktike. Sbornik materialov Respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferencii. Puti sovershenstvovaniya sestrinskogo dela v Kazhastane. 2013;18-19. [in Russian]
3. Ukreplenie sestrinskih i akusherskih sluzhb. Strategicheskie napravleniya 2002-2008. VOZ. – ZHeneva. 2003;2. [in Russian]
4. Ayapov K. Razvitie sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan. 2010;78-80. [in Russian]
5. Buribaeva ZHK. Teoreticheskie i metodologicheskie osnovy razvitiya sestrinskogo dela na urovne pervichnoj mediko-sanitarnoy pomoshchi. 2008;5. [in Russian]
6. Gosudarstvennaya programma reformirovaniya i razvitiya zdavooxraneniya Respubliki Kazahstan na 2005-2010 gg. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438> [in Russian]
7. Sejдуманов ST. O problemah i perspektivah sestrinskogo dela v Kazhastane. ZHurnal Glavnyj vrach. 2013;3(5):14. [in Russian]
8. <http://proinca-nursing.kz/> 2024; 26(4).
9. <https://nursekz.com/kk/nursing-in-kazakhstan/>
10. «Qazaqstan Respwblıkasınıń densawlıq saqtaw salasın damıtwdıń 2026 jılǵa deyingi tujırmıdamasın bekitw twralı» <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/P2200000945>. [in Kazakh]
11. «Xalıq densawlıǵı jáne densawlıq saqtaw júyesı twralı Qazaqstan Respwblıkasınıń 2020 jılǵı 7 şıldedegı № 360-VI QRZ Kodeksi» <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>. [in Kazakh]



УДК 614.253.5(06)
МРНТИ 76.75

В.А. САРКИСОВА

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ: ТРИДЦАТЬ ЛЕТ ВО ИМЯ ПРОФЕССИИ

Ассоциация медицинских сестер России, Санкт-Петербург, Россия

Библиографиялық сілтеме:

Саркисова ВА. Ресейдің мейірбикелер қауымдастығы: кәсіпке арналған отыз жыл. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):110-115.

Citation:

Sarkisova VA. Association of nurses of russia: thirty years in the service of the profession. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):110-115.

Библиографическая ссылка:

Саркисова ВА. Ассоциация медицинских сестер России: тридцать лет во имя профессии. *Gylym aliansy*. 2024;1(2):110-115.

Ресейдің мейірбикелер қауымдастығы: кәсіпке арналған отыз жыл

В.А. Саркисова

Ресейдің мейірбикелер қауымдастығы» жалпыресейлік қоғамдық ұйымы, Санкт-Петербург, Ресей

30 жылдан астам уақыт бұрын Ресейде мейірбике ісі мамандарының қоғамдық ұйымы – Ресейдің мейірбикелер қауымдастығы құрылды. Көптеген жылдар бойы 155 мыңнан астам мамандарды біріктіре отырып, қауымдастық үздіксіз медициналық білім беру, кәсіптік даму, кәсіптің имиджі мен мәртебесін нығайту саласында көптеген бағдарламаларды іске асырады. Қауымдастық Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау министрлігімен тығыз байланыста жұмыс істей отырып, практика, кәсіпті басқару, реттеу саласындағы маңызды шешімдерді әзірлеуге қатысады.

Бұл мақалада кәсіби ұйымның дамуының негізгі кезеңдері, оның қазіргі кезеңдегі жұмысының басым бағыттары, практиканы, өз кәсібін және ресейлік денсаулық сақтауды қолдайтын қауымдастық пен мамандардың жеке жобаларының мысалдары келтірілген.

Негізгі сөздер: мейірбике, қауымдастық, кәсіп, денсаулық сақтау, тәжірибе, Ресей

Nurses Association of Russia: Thirty Years in Service to Nursing

V.A. Sarkisova

Association of Nurses of Russia, St. Petersburg, Russia

More than 30 years ago, the Association of Nurses of Russia was established as a public organization dedicated to nursing specialists. Over these years, the Association has grown to unite over 155,000 members and has been instrumental in implementing numerous programs focused on continuous medical education, professional development, and enhancing the reputation and status of the field. The Association collaborates closely with the Ministry of Health of the Russian Federation in shaping key decisions related to practice, regulation, and management of nursing. This study highlights the main milestones in the development of the Association, its current priority areas, and examples of projects undertaken by the Association and its members to support nursing practice and advance Russian healthcare.

Keywords: nurse, association, profession, healthcare, experience, Russia

Ассоциация медицинских сестер России: тридцать лет во имя профессии

В.А. Саркисова

Ассоциация медицинских сестер России, Санкт-Петербург, Россия

Более 30 лет назад в России была создана общественная организация специалистов сестринского дела – Ассоциация медицинских сестер России. Объединив за многие годы работы более 155 тысяч специалистов, Ассоциация реализует многочисленные программы в сфере непрерывного медицинского образования, профессионального развития, укрепления имиджа и статуса профессии. Ассоциация принимает участие в выработке важнейших решений в сфере практики, регулирования, управления профессией, работая в тесном взаимодействии с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В настоящей статье приведены основные вехи развития профессиональной организации, приоритетные направления ее работы на современном этапе,



Саркисова
Валентина Антоновна
e-mail: vsarkis@medsestre.ru.

Received/
Келін түсті/
Поступила:
26.03.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
24.05.2024

© 2024 The Authors
Published by Marat Ospanov West Kazakhstan
Medical University

примеры отдельных проектов Ассоциации и специалистов в поддержку практики, своей профессии и Российского здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская сестра, ассоциация, профессия, здравоохранение, опыт, Россия

В действительности во имя профессии Ассоциация медицинских сестер России (РАМС) работает уже более 30 лет. Если быть точной, то решение о создании общественного объединения средних медицинских работников России было принято 17 июня 1992 года на встрече инициативной группы главных медицинских сестер областных, краевых и республиканских больниц.

Конечно тогда, 32 года назад, участницы тех далеких, но памятных событий не могли представить, каких невероятных результатов мы сможем достичь сообща уже через 30 лет. Ведь к настоящему времени Ассоциации удалось объединить более 155 тысяч специалистов, ее региональные отделения работают в 48 субъектах Российской Федерации, 22 специализированные секции ведут работу над узким специализированным направлением практики, создан молодежный совет и создаются в региональных ассоциациях. Ассоциация выпускает свой журнал, проводит конференции и конгрессы, организует профессиональные и творческие конкурсы, издает методические материалы.

Для нас исключительно ценно, что деятельность Ассоциации всецело поддерживает Министерство здравоохранения Российской Федерации. В своем обращении к участникам Юбилейного конгресса РАМС по случаю ее 30-летия Министр здравоохранения России Михаил Альбертович Мурашко подчеркнул, что Ассоциация стала значимой общественной силой, смогла привлечь в свои ряды тысячи специалистов и положить начало возрождению престижа профессии (рис.1). Активно взаимодействуя с Минздравом России, организация добивалась создания новых регламентирующих документов, выступала и выступает за укрепление роли сестринского персонала в системе здравоохранения, поддерживает медицинских сестер в их стремлении к развитию, получению новых навыков и знаний, направленных на совершенствование практики, освоение современных технологий [1].

Укреплению диалога и взаимодействия Ассоциации и Министерства здравоохранения способствует созданная иерархия управления сестринским делом. По важнейшим вопросам в рабочем режиме мы обсуждаем проблемы и прорабатываем решения совместно с главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью, главной сестрой ФГБУЗ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Яной Сергеевной Габоян. Руководители Департаментов Министерства здравоохранения, заместитель министра Татьяна Владимировна Семенова принимают участие в самых важных событиях в жизни сестринского сообщества. Одним из таких стал III Форум Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС (рис. 2),

который мы провели в Санкт-Петербурге в 2019 году, обсудив совместно с коллегами вопросы, касающиеся роли сестринского персонала в преодолении бремени хронических заболеваний.



Рисунок 1. Юбилейный конгресс РАМС, 2022 год

Все это есть сейчас, а тогда, более 30 лет назад, общественная организация определила своими целями совершенствование профессии медсестры и формирование ее нового статуса. Основные задачи: защита профессиональных и социально-экономических интересов сестринского персонала, развитие образования и практики, внедрение прогрессивного опыта и возрождение традиций сестринского милосердия.

Нам не хватало знаний, управленческого опыта, опыта общественной деятельности и научной работы, исследований. Конечно, в тех условиях мы горячо поддерживали идею развития в России высшего сестринского образования. Надо сказать, что лидеры крупнейших медицинских организаций первыми сели за студенческие парты, чтобы приобрести знания, ощутить силу образования на себе, а также, чтобы подать пример своим коллегам.

Едва приступив к работе, мы поняли, что нам придется добиваться нужных решений. Какими они были?

Мы начали работать с деканами первых факультетов, чтобы появились программы подготовки по очно-заочной форме для работающих главных и старших сестер, это был единственный способ не упустить время.

Мы начали работать с Минздравом России, чтобы в документах, регламентирующих деятельности руководителей сестринских служб появились новые требования, чтобы возникли условия и мотивация для получения высшего образования.

Мы стали работать с главными врачами, руководителями территориальных органов управления, чтобы они отдавали приоритет специалистам с университетской подготовкой при назначении на должности главных медицинских сестер.

Мы начали отстаивать учреждение должности главных внештатных специалистов по управлению

сестринской деятельностью на уровне субъектов Российской Федерации (РФ), а также на уровне Министерства здравоохранения.

В сложные 90-е годы сестринское сообщество выживало в тяжелейших условиях. Нередко специалисты сами приобретали расходные материалы из своих зарплат, оказавшихся в одночасье мизерными. Оборудование, инструменты были устаревшими, а мы уже знали, что медицинская сестра может работать лучше, если создать ей соответствующие условия. И мы включались в решение этих проблем – лоббировали, обращались, доказывали, работали со спонсорами и дарили коллективам полезные подарки. Единожды попробовав работать по-новому, руководители медицинских организаций начинали нас поддерживать. К счастью, кризис 90-х давно позади, и сегодня мы уже не удивляемся тому, что сестринская практика обеспечена ресурсами на должном уровне, а медицинские сестры виртуозно управляют сложнейшим оборудованием и механизмами [2].

Материальные потребности шли рука об руку с потребностями духовными. Последствия кризиса не лучшим образом сказались на состоянии профессионального сообщества, высокая нагрузка, профессиональное выгорание, уход из профессии – эти острые вопросы привели нас к разработке первого Этического кодекса медицинской сестры России. Документ был принят на конференции 1996 года, а в 2020 году, уже с учетом разразившейся пандемии, конференцией РАМС Этический кодекс медицинской сестры был принят в третьей редакции.

Усилия специалистов сестринского дела быстро заметили. В 1998 Ассоциации поручили подготовку «Первого Всероссийского съезда средних медицинских работников». Тогда мы встречали не только делегации медицинских сестер, но и министров здравоохранения из многочисленных краев и областей. Все без исключения были горячо и искренне заинтересованы в том, чтобы сестринский уход встал на современные профессиональные рельсы.

Решения тех лет оказали глубокое влияние на развитие профессии в последующие годы. Их результа-

том стало развитие многоуровневой системы подготовки кадров, распространение высшего сестринского образования, появление новых управленческих должностей, развитие сестринских исследований, оснащение и обеспечение практики. А лидеры, объединенные Ассоциацией, разрабатывали методические рекомендации, искали средства на их тиражирование и распространение, описывали алгоритмы выполнения сестринских манипуляций, привлекали медицинских сестер к образовательному процессу, что сегодня уже стало нормой. Более того, мы достигли того времени, когда руководство крупнейшими медицинскими колледжами на себя начинают брать медицинские сестры и, хочу подчеркнуть, отлично справляются.

Мы многому учились у зарубежных коллег: проводили тренинги и стажировки для медицинских сестер отделений анестезиологии и реанимации, психиатрической, онкологической службы, учились и общественной работе, ведь и она была для специалистов сестринского дела в новинку. На первых порах многие предложения Ассоциации в сфере сестринской практики опережали время. Более 20 лет назад мы ставили вопрос об открытой для родственников реанимации, затем о роли медицинских сестер в пропаганде здоровья, обучении пациентов. А затем и медицинские сестры России уже стали вносить вклад в развитие профессии на мировом уровне. Например, фтизиатрическая секция РАМС стояла у истоков разработки важного инструмента для самостоятельной, расширенной сестринской практики «Справочника по профилактике побочных эффектов лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью». Российские сестры демонстрировали успехи и в других областях медицины. А в 2020 году РАМС уже смогла повлиять на политическую ситуацию, приняв участие в создании и разработке Глобальных стратегических руководств по укреплению сестринского и акушерского дела, утвержденного Всемирной организацией здравоохранения. Впоследствии мы включились в разработку Дорожной карты по реализации Глобальных стратегических руководств по укреплению сестринского и акушерского дела в Европейском регионе, при-



Рисунок 2. Форум сестринского альянса национальных сестринских ассоциаций стран БРИКС, Санкт-Петербург

нятой ЕРБ ВОЗ в 2021 году.

Преодоление актуальных вызовов современного здравоохранения, движение в направлении целей, обозначенных этими стратегическими документами, сегодня составляют ядро деятельности Ассоциации медицинских сестер России – это укрепление практики, образования, регулирования профессии и укрепление лидерства специалистов, их роли в управлении сестринской деятельностью.

Наиболее актуальными задачами в сфере практического здравоохранения являются расширение самостоятельной роли сестринского персонала, сокращение затрат времени на выполнение бюрократических функций, цифровизация, внедрение искусственного интеллекта в поддержку сестринской практики, освобождение медицинской сестры от выполнения непрофильных функций. Таких функций, связанных с перемещением внутри медицинской организации различных документов, материалов, инструментов и так далее достаточно много. Передав их выполнение медицинским регистраторам, администраторам, младшим медсестрам, специалисты сестринского дела смогут взять на себя часть тех задач, которые сегодня возложены на врача. Такое перераспределение задач имеет своей целью повышение доступности медицинской помощи, а его оборотной стороной является новое содержание сестринской практики, реализация специалистами тех знаний, которые ими уже получены, тех клинических задач, которые им по плечу. А ведь это статус профессии, мотивация к развитию, престиж и более заметная роль в оказании помощи. Чтобы не быть голословной, приведу ряд примеров, на которые мы ориентируемся в развитии практики, чтобы из локальных и единичных они стали общенациональными [3].

Серьезный проект был реализован медицинскими сестрами Тюменской области. Специалисты взялись за преодоление высокого уровня заболеваемости, инвалидизации, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (рис. 3).



Рисунок 3. Проект «Гипертония – стоп!», г. Тюмень

Разработав учебные материалы и подготовив группу специалистов, наши коллеги провели десятки выездных акций и встреч с населением, обучая профилактике и определению ранних симптомов нарушения мозгового кровообращения. Своими просветительскими

ми акциями медицинские сестры охватили более 100 тысяч человек, выявили многих, кто знал о диагнозе, но не придавал значения, а также тех, кто о своем заболевании узнал впервые. Сегодня материалы этого проекта стали достоянием сестринской практики в регионе, основой профилактических мероприятий, которые проводят и медицинские сестры, и фельдшеры, работая на своих участках и в своих населенных пунктах.

Большие перспективы мы видим в расширении профессиональных полномочий акушерки на амбулаторном приеме и наши предположения уже подтвердил проект, реализованных в Республике Саха (Якутия).

В коллективе Медицинского центра г. Якутска при наличии порядка 600 специалистов укомплектованность кадрами составляет только 77% – особенно не хватает врачей акушеров-гинекологов (на одного врача приходится 5210 женщин). До реализации проекта время ожидания женщиной планового приема врача достигало 30 дней.

Инициаторы проекта предложили передать акушерке работу с первичными пациентами на самостоятельном акушерском приеме, а также «освободить» врача от рутинной «бумажной» работы, возложив ее на оператора. Первыми к проведению самостоятельных приемов приступили самые опытные акушерки Центра.

При постановке на учет беременной акушерка проводит прием и собирает анамнез, проводит осмотр: рост, вес, АД, размеры таза, окружность живота, высота стояния дна матки, пальпирует молочные железы, выслушивает сердечные тоны плода, оформляет индивидуальную карту, вносит сведения, выписывает направления на исследования и консультации к узким специалистам.

На приеме пациентки с гинекологическим заболеванием акушерка берет мазки, выписывает направления на УЗИ молочных желез и/или маммографию, УЗИ органов малого таза, ФЛГ. Вносит информацию о манипуляциях и выданных направлениях в медицинскую карту, записывает женщину на плановый прием к врачу, учитывая сроки готовности анализов, а при выявлении подозрительных симптомов направляет женщину к дежурному врачу в этот же день.

По результатам проекта удалось: высвободить 30% времени врача; сократить кратность посещений врача пациентками без беременности с 3,8 до 2,5; повысить доступность помощи и удовлетворенность женщин ее качеством.

Не могу не сказать о развитии профессии фельдшера – важного звена в структуре профессиональных кадров России. Один из многочисленных примеров расширения роли фельдшера возник в период пандемии COVID-19. Тогда в Городской больнице №3 г. Омска был открыт Амбулаторный центр, сотрудниками которого стали шесть фельдшеров – молодых специалистов со стажем работы от 2 до 5 лет и медицинская сестра.

Фельдшеры ведут самостоятельный прием

пациентов, впервые обратившихся за оказанием медицинской помощи с признаками ОРВИ, ОРЗ: проводят осмотр пациента, собирают анамнез, жалобы пациента, заполняют электронную медицинскую карту, выявляют общие и специфические признаки заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной системы, оценивают тяжесть состояния пациента и, если требуется, оказывают неотложную медицинскую помощь, вызывая на себя бригаду скорой медицинской помощи. При необходимости до обследования фельдшеры направляют пациентов на рентгенологические исследования, решают вопрос о временной нетрудоспособности пациента, назначают лечение, приглашают пациента на повторный прием в амбулаторный центр, а в случае развития осложнений направляют пациентов под наблюдение участкового терапевта.

Перечень этих функций соответствует содержанию расширенной сестринской практики, а таких специалистов в мире принято называть самостоятельно практикующими. Специалисты ведут не только очный прием, но и консультируют пациентов и родственников по видеосвязи.

За 2021-2022 гг. в амбулаторном центре было принято более 12,5 тысяч пациентов. Пандемия завершилась и теперь основную категорию пациентов составляют лица с признаками ОРВИ. Специалисты отлично справляются и продолжают профессионально расти.

Собирая такие примеры, Ассоциация непременно делилась достигнутыми результатами с Министерством здравоохранения России. Сегодня уже на государственном уровне реализуются пилотные проекты, где оцениваются перспективы формирования нового типа команд для работы в первичном звене, состоящих из фельдшера и медицинской сестры. А РАМС как профессиональная ассоциация продолжает поощрять специалистов разных регионов к разработке собственных инициатив по расширению профессиональной роли в рамках проекта «Лидерство в сестринском деле».

Соответствующим образом мы строим свою работу в сфере регулирования сестринской практики. С 2007 года Ассоциация медицинских сестер России является разработчиком проектов профессиональных стандартов. Эти документы определяют требования к знаниям и навыкам специалистов и регламентируют выполнение ими определенного набора профессиональных задач – функций и трудовых действий. Многие стандарты были приняты, а сейчас проходят процесс актуализации, в ходе которого мы стараемся определить диапазон профессиональных полномочий таким образом, чтобы он давал возможность профессионального роста.

Большая роль принадлежит Ассоциации и в вопросах аккредитации и аттестации специалистов на квалификационную категорию.

Понятие аккредитации медицинских работников в 2011 году ввел Федеральный закон «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». С тех пор в России были созданы аккредитационные комиссии, где ведущую роль играют руководители и эксперты профессиональных ассоциаций. Именно они отвечают за организацию аккредитационных экзаменов у выпускников программ подготовки специалистов сестринского дела. Успешное прохождение аккредитационных испытаний дает специалисту право на практику. За организацией работы аккредитационных комиссий скрывается большая работа – в каждом регионе в ней задействованы десятки экспертов по каждой сестринской специальности.

В сфере образования Ассоциация медицинских сестер России продолжает выступать за доступность высшего образования, а также вносит большой вклад в развитие непрерывного профессионального развития (НПР). В 2016 году перед профессиональными объединениями медицинских работников России открылась возможность проведения аккредитованных образовательных мероприятий, участие в которых учитывается в рамках системы НПР. За эти несколько лет нам удалось приобрести колоссальный опыт в проведении таких мероприятий. Ежегодно специалисты сестринского дела самостоятельно готовят, проводят и модерируют более 300 научно-практических конференций, вебинаров и мастер-классов, кроме того, сестринские симпозиумы стали частью самых важных медицинских конгрессов. В России выросла плеяда ярких и талантливых медицинских сестер, которые не только досконально разбираются в тонкостях своей профессии, но и могут донести ее суть на самом высоком уровне.

Еще одна актуальная задача, которую стремится решить профессиональное сообщество, находится на стыке образования, практики и законодательного регулирования профессии, и касается она притока в сестринское дело молодых специалистов, сохранения кадров.

В поддержку молодежной политики в 2023 году в Ассоциации медицинских сестер России был создан Молодежный совет. Аналогичные советы уже сформированы и в ряде региональных организаций. Молодежные советы становятся связующим звеном между уже опытными лидерами профессии и новым поколением, которому знакомы техника манипуляций и правила работы, но которым пока сложно осознать свою роль в оказании медицинской помощи, в защите интересов и развитии своей профессии.

На новом уровне развивается наставничество по отношению к молодым специалистам и к студентам, которые приходят в клинические подразделения для прохождения практики. Руководители сестринских служб, которые по традиции несут серьезную нагрузку по обеспечению и организации лечебного процесса, уделяют молодым коллегам приоритетное внимание, изучают особенности подрастающего поколения, осваивают принципы коммуникации с молодежью.

По всем этим направлениям перемены приводят

в жизнь сами специалисты, те из них, кто решается проявить инициативу, взять на себя ответственность. Это лидеры сестринской профессии, становлению которых Ассоциация медицинских сестер всячески способствует. Некогда, в 2006-2014 годах РАМС при поддержке Международного совета медсестер, Шведской ассоциации работников здравоохранения реализовала первые проекты по обучения медицинских сестер лидерству. В 2021 году мы продолжили эту работу уже собственными силами с учетом реалий времени и приоритетов профессии. Первые выпускники программы осваивают практические направления – создают новые школы для пациентов, совершенствуют работу по иммунизации, организации работы амбулаторных служб, укрепляют роль специалистов сестринского дела в первичном звене, в сельском здравоохранении, поддерживают работу региональных ассоциаций – развивают в коллективах эмоциональный интеллект, совершенствуют систему ключевых членов, создают специализированные секции.

С течением времени, с опытом, с ростом поддержки со стороны профессионального сообщества,

у Ассоциации появляются новые возможности и инструменты влияния на политику в сестринском деле и здравоохранение. По решению Минздрава России в конце 2023 года мы вошли в состав Общественного совета Минздрава наряду с выдающимися врачами, руководителями ряда крупнейших профессиональных сообществ. Мы обсуждаем совместные инициативы с участниками рабочих групп Комитета по охране здоровья Государственной Думы Российской Федерации. Взаимодействуем по социально-экономическому блоку вопросов с руководителями Центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения.

Опираясь на огромный потенциал общественной организации, мы видим свою роль в том, чтобы с каждым днем наращивать вклад специалистов сестринского дела в повышение эффективности отечественного здравоохранения. Мы убеждены, что медицинским сестрам под силу решение многих задач, мы верим в то, что у профессии медицинской сестры большое будущее!

Список литературы:

1. Вишнякова НА. Роль ассоциации средних медицинских сестер в организации профессиональной жизнедеятельности медицинского персонала: региональный аспект (на примере Алтайского края). Социально-экономические, организационные, политические и правовые аспекты обеспечения эффективности государственного и муниципального управления: материалы V Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых. Барнаул, 2022;84-86.
2. Пудовинникова ЛЮ, Федосеева ЛС, Назаркина ИМ. Сестринское дело - вчера и сегодня. Вопросы управления в развитии системы первичной медико-санитарной помощи: актуальные вопросы гематологии. Сборник научных работ научно-практической конференции, 2017:23-25.
3. Гриднева ЛГ, Кашин АВ, Гриднев ЮВ. Сестринское дело, как искусство и наука. Научно-медицинский вестник центрального черноземья, 2016;63:70-74.

Spisok literatury:

1. Vishnyakova NA. Rol' assotsiatsii srednikh meditsinskikh sester v organizatsii professional'noy zhiznedejatel'nosti meditsinskogo personala: regional'nyy aspekt (na primere Altayskogo kraya). Sotsial'no-ekonomicheskiye, organizatsionnyye, politicheskiye i pravovyye aspekty obespecheniya effektivnosti gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya: materialy V Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii molodykh uchenykh. Barnaul, 2022;84-86. [in Russian]
2. Pudovinnikova LYU, Fedoseyeva LS, Nazarkina IM. Sestrinskoye delo - vchera i segodnya. Voprosy upravleniya v razvitii sistemy pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi: aktual'nyye voprosy gematologii. Sbornik nauchnykh rabot nauchno-prakticheskoy konferentsii, 2017:23-25. [in Russian]
3. Gridneva LG, Kashin AV, Gridnev YUV. Sestrinskoye delo, kak iskusstvo i nauka. Nauchno-meditsinskiy vestnik tsentral'nogo chernozem'ya, 2016;63:70-74. [in Russian]

ШОЛУ	REVIEW	ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ
1. А.М. Қуанай, Л.С. Ермуханова, И.Т. Абдикадинова, С.Т. Тажбенова, Ж.А. Достанова, Д.М. Шаштыгарина Әлемнің әртүрлі елдеріндегі кенейтілген мейіргерлік тәжірибені зерттеу: әдеби шолу 43 A.M. Kuanai, L.S. Ermukhanova, I.T. Abdikadirova, S.T. Tazhbenova, Zh.A. Dostanova, D.M. Shashtygarina Exploring Advanced Nursing Practice Across the Globe: A Literature Review 43 А.М. Қуанай, Л.С. Ермуханова, И.Т. Абдикадинова, С.Т. Тажбенова, Ж.А. Достанова, Д.М. Шаштыгарина Изучение расширенной сестринской практики в разных странах мира: обзор литературы 43		
2. Д.М. Шаштыгарина, С.Т. Тажбенова, М.К. Таушанова, Ж.А. Достанова, А.М. Қуанай Медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсету ерекшеліктері 51 D.M. Shashtygarina, S.T. Tazhbenova, M.K. Taushanova, Zh.A. Dostanova, A.M. Kuanai Features of Patronage Services for Young Children at the Primary Health Care Level 51 Д.М. Шаштыгарина, С.Т. Тажбенова, М.К. Таушанова, Ж.А. Достанова, А.М. Қуанай Особенности патронажного обслуживания детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи 51		
3. М.Т. Зинел, Ұ.М. Бахытжан Созылмалы аурулары бар науқастарға көмек көрсету жағдайында Қазақстанда мейірбике ісін дамыту перспективалары 61 M.T. Zinel, U.M. Bakhytzhn Prospects for Nursing Development in the Care of Patients with Chronic Diseases in Kazakhstan 61 М.Т. Зинел, Ұ.М. Бахытжан Перспективы развития сестринского дела в Казахстане в условиях оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями 61		
4. Б.К. Исенова, Г.Е. Аимбетова, М.А. Асимов, М.А. Канушина Қазақстанда егде жастағы пациенттерге паллиативтік көмек көрсетуді дамыту перспективалары 68 B.K. Isenova, G.E. Aimbetova, M.A Asimov, M. Kanushina Prospects for the Development of Palliative Care for Elderly Patients in Kazakhstan 68 Б.К. Исенова, Г.Е. Аимбетова, М.А.Асимов, М.А.Канушина Перспективы развития оказания паллиативной помощи пожилым пациентам в Казахстане 68		
ТҮПНҰСҚА МАҚАЛА	ORIGINAL ARTICLE	ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ
5. Х.И. Кудабаяева, Ж.Х. Карашова, И.Н. Нуртазаева, Д.Н. Бексейтова, С.А. Тулеугалиева, А.А. Колбаева Амбулаторлық жағдайда 2-типті қант диабетімен ауыратын науқастардағы қант деңгейін төмендететін терапияның құрылымы 75 H.I. Kudabayeva, Zh.Kh. Karashova, I.N. Nurtazayeva, D.N. Bekseitova, S.A. Tuleugaliyeva, A.A. Kolbayeva Therapy Structure for Reducing Blood Sugar Levels in Outpatient Type 2 Diabetes Patients. 75 Х.И. Кудабаяева, Ж.Х. Карашова, И.Н. Нуртазаева, Д.Н. Бексейтова, С.А. Тулеугалиева, А.А. Колбаева Структура терапии, снижающий уровень сахара в крови у больных сахарным диабетом 2-го типа в амбулаторных условиях 75		
6. М.Х. Максудова, Г.Б. Барлыкова, Д.А. Оспанова, Н.Ж. Усебаева, Л.С. Ермуханова, Ж.А. Достанова, М.Б. Курганбекова Мейіргер қызметкерлерінің еңбек жағдайларына қанағаттануы (Павлодар қаласы). 82 M.Kh. Maxudova, G.B. Barlykova, D.A. Ospanova, N.Zh. Ussebayeva, L.S.Yermukhanova, Zh.A. Dostanova, M.B. Kurganbekova Nursing Staff Perceptions of Working Conditions in Pavlodar 82 М.Х. Максудова, Г.Б. Барлыкова, Д.А. Оспанова, Н.Ж. Усебаева, Л.С. Ермуханова, Ж.А. Достанова, М.Б. Курганбекова Удовлетворенность сестринского персонала условиями труда (город Павлодар) 82		
7. Р.А. Абзалова Р.А. Хожамкул МИОМОС жобасы аясында әл-ауқатты жақсарту мақсатында медициналық көмектің сапасын арттыру үшін көп бейінді АМСК командасындағы мейірбике маманының көшбасшылығы және әлеуметтік рөлі. 88 R.A. Abzalova1, R.A. Khozhamkul		

Improving the Quality of Medical Care and Enhancing Nurse Well-being in a Multidisciplinary PHC Team through Leadership and Social Role Development within the MIOMOS Project.....	88
P.A. Абзалова, P.A. Хожамкул	
Лидерская и социальная роль специалиста сестринского дела в мультидисциплинарной команде ПМСП по повышению качества медицинской помощи в целях повышения благосостояния в рамках проекта МИОМОС.....	88

ЖАС ҒАЛЫМ БӨЛІМІ	EMERGING SCHOLARS' CORNER	УГОЛОК МОЛОДОГО УЧЕНОГО
------------------	---------------------------	-------------------------

8. P.K. Алиева, Г.М. Изтлеуова, А.А. Қалакешова, А.Қ. Шайманова, А.Қ. Аймағамбетова	
Алақан-табан псориазын емдеудің заманауи әдістері: әдеби шолу.....	96
R.K. Aliyeva, G.M. Iztleuova, A.A. Kalakeshova, A.K. Shaimanova, A.K. Aimagambetova	
Contemporary Methods of Treatment for Palmoplantar Psoriasis: A Literature Review.....	96
P.K. Алиева, Г.М. Изтлеуова, А.А. Қалакешова, А.Қ. Шайманова, А.Қ. Аймағамбетова	
Современные методы лечения ладонно-подошвенного псориаза: обзор литературы.....	96

МЕДИЦИНА ТАРИХЫ	HISTORY OF MEDICINE	ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ
-----------------	---------------------	------------------

9. М.Б. Курганбекова, М.К. Таушанова, К.Б. Турдалина, Ж.А. Достанова	
Мейіргер ісін жетілдіру орталығының қалыптасуы.....	105
Kurganbekova M. B., Taushanova M. K., Turdalina K. B., Dostanova J. A.	
Establishment of the Center for Nursing Improvement.....	105
М.Б. Курганбекова, М.К. Таушанова, К.Б. Турдалина, Ж.А. Достанова	
Становление центра совершенствования сестринского дела.....	105
10. В.А. Саркисова	
Ресейдің мейірбикелер қауымдастығы: кәсіпке арналған отыз жыл.....	110
V.A. Sarkisova	
Nurses Association of Russia: Thirty Years in Service to Nursing.....	110
В.А. Саркисова	
Ассоциация медицинских сестер России: тридцать лет во имя профессии.....	110