

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

УДК: 614.253.52+616-053.9

На правах рукописи

ИСЕНОВА БАЛДАЙ КАЛИМУЛЛИНОВНА

Научно-обоснованные подходы к организации сестринской помощи по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста

8D10104 – Сестринская наука

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты:
ассоциированный
профессор
Аимбетова Г.Е.
д.м.н., профессор
Асимов М.А.

Зарубежный консультант
PhD, MBA
Канушина М.А.

Республика Казахстан
Алматы, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	6
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	9
ВЕДЕНИЕ	10
1 СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	15
1.1 Качество жизни и ментальное здоровье в пожилом и старческом возрасте: особенности и проблемы	15
1.2 Паллиативная помощь в пожилом и старческом возрасте	19
1.3 Роль медицинской сестры в паллиативной помощи, в поддержании качества жизни и ментального здоровья лиц пожилого и старческого возраста	24
1.4 Проблемы старения населения Республики Казахстан и кадровый потенциал средних медицинских работников	27
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	44
3.1 Результаты анализа социологического опроса пациентов	44
3.2 Результаты анализа социологического опроса медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь	62
4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ПРОВЕДЕНИЯ ФОКУС-ГРУПП ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	76
5 ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ	79
5.1 Роль коммуникативной компетентности в паллиативной сестринской помощи	79
5.1.1 Исследование уровня коммуникативной компетентности: методы и результаты	79
5.1.2 Эмоциональная вовлеченность как фактор повышения коммуникативной компетентности	81
5.1.3 Самосовладание как метод управления эмоциональной вовлеченностью	82
5.1.4 Исследование эффективности самосовладания для медицинских сестер: методы и результаты	85
5.1.5 Комплексная программа: интеграция коммуникативной компетенции и самосовладания в единый тренинговый подход	93
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	98
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	108

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	109
ПРИЛОЖЕНИЕ А - Анкета для пациентов	121
ПРИЛОЖЕНИЕ Б - Свидетельство авторского права	129
ПРИЛОЖЕНИЕ В - Свидетельство авторского права	131
ПРИЛОЖЕНИЕ Г - Свидетельство авторского права	133
ПРИЛОЖЕНИЕ Д - Акт внедрения (Шымкент)	135
ПРИЛОЖЕНИЕ Е - Акт внедрения (Астана)	136
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж - Опросник способов совладания (ОСС–WCQ)	137
ПРИЛОЖЕНИЕ И - Рабочая программа	144

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:
Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК.

Постановление Правительства Республики Казахстан от 26.11.2009 г. №1938 «Об утверждении перечня категории населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 02.11.2009 г. №632 «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 07.04.2010 г. №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».

Указ Президента Республики Казахстан от 29.11.2010 г. №1113 «Об утверждении государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 гг.».

Постановление Правительства Республики Казахстан №366 от 29.03.2012 г. «Об утверждении программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 гг.».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14.11.2013 г. №657 «Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной помощи населению Республики Казахстан».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 24.04.2014 г. №396 «Об утверждении Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года и Плана социальной модернизации на период до 2016 года».

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26.03.2015 г. №165 «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения».

Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому (с изменениями от 13.05.2019 г.).

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы.

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27.03.2015 г. №168 «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №10803, опубликован в информационно-правовой системе «Әділет» 15 мая 2015 года) в новой редакции к приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 04.05.2019 г. №62 Министерства здравоохранения Республики

Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан».

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 февраля 2021 года №47 «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» до 2025 года».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года №ҚР ДСМ-209/2020 «Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной медицинской помощи». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 ноября 2020 года под №21687.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Возрастная структура населения (ВСН) – распределение населения по возрасту для изучения демографических и социально-экономических процессов, по возрастным группам: до 14 лет, 15-59 лет, старше 60 лет.

Медицинская помощь – направлена на профилактику и медико-социальную реабилитацию лиц третьего возраста через проведение комплекса мероприятий, для сохранения физической и психической активности и долголетия личности.

Медицинские организации – организации здравоохранения, которые оказывают медицинскую помощь и услуги населению.

Медико-социальная помощь – комплекс проводимых на государственном и местном уровнях медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических и других интегрированных мероприятий, призванных укрепить социальную защищенность населения, улучшить условия преодоления человеком трудностей, облегчая положения отдельных лиц или контингентов населения.

Мультидисциплинарная группа для оказания паллиативной медицинской помощи (МДГ) – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния для оказания паллиативной медицинской помощи.

Паллиативная помощь – комплекс услуг, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (состояниями), а также их семей и ухаживающих лиц, включающий медицинские, специальные социальные услуги, духовную поддержку (Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК).

Полиморбидность или мультиморбидность – наличие нескольких заболеваний у одного больного.

Полипрагмазия (от поли и греч. pragma - предмет - вещь) – одновременное назначение (нередко неоправданное) больному многих лекарственных веществ или лечебных процедур.

Продолжительность жизни – многозначное понятие, время существования особи (индивида) или возрастной группы от момента рождения до смерти, бывает абсолютная, где максимальная продолжительность жизни около 150 лет; средняя – средний возраст, представителей данной статистической совокупности; ожидаемая – число лет, которое в среднем предстоит прожить представителям данного поколения или возрастной группы.

Психологическая помощь – это доскональное исследование и учет в социальном взаимодействии социально-психологических и индивидуально-психологических особенностей пожилых людей.

Сестринский уход – осуществляется в случаях, не требующих круглосуточного врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палатах, койках, кабинетах) организаций здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (больницах сестринского ухода) в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому, в том числе с использованием мобильных бригад (Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК).

Социальная помощь – это деятельность, направленная на полное или частичное решение проблем пожилого человека соответствующими организациями, учреждениями и специалистами, через предоставление необходимых для них услуг (медицинской помощи, финансовой поддержки, обеспечение продуктами питания, правовой, психологической и т.п.);

Стационарозамещающие условия – условия оказания медицинской помощи, не требующие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, и предусматривающие медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места.

Хоспис – медицинское учреждение, в котором тяжелобольные пациенты получают медицинскую помощь и квалифицированный уход.

Гериатрия – область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возраста, разрабатывающая методы их лечения и профилактики.

Геронтология социальная – область социологических исследований среди пожилых людей, их образа жизни, способов их социальной адаптации к новым условиям в связи с выходом на пенсию, переменами в социальном статусе, материальном, семейном положении и т.п.

Гериатрическая медицина – отрасль медицины, занимающаяся сохранением здоровья пожилых и старых людей, а также клиническими, социальными, профилактическими и лечебными аспектами старости.

Гериатрическая помощь – специализированная долговременная медицинская и социальная помощь пациентам пожилого и старческого возраста (60 лет и старше), страдающими хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию.

Гериатрическая паллиативная медицина (ГПМ) – организация и оказание медицинской помощи пожилым пациентам, имеющим проблемы со здоровьем, страдающими прогрессирующими заболеваниями, с неблагоприятным прогнозом, с целью повышения качества жизни.

Гериатрическая помощь населению – система мероприятий по оказанию долговременных медико-социальных услуг с целью сохранения или восстановления способности к самообслуживанию, частично или полностью утраченной вследствие хронических заболеваний, облегчению реинтеграции пожилых больных в общество, а также обеспечению независимого

существования (Стандарте организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в РК от 23 октября 2015 №822).

Долголетие: 1) достижение человеком возраста, значительно превышающую среднюю продолжительность жизни, возраста 90 лет и старше;

2) прогнозируемая или реально достигнутая продолжительность жизни свыше 90.

Самосовладание - как интегративный метод психотерапии, направленный на осознание собственных образов, чувств и ощущений в текущий момент времени, может помочь в повышении уровня эмоционального интеллекта и формировании стратегий совладания лет. Значимым является активное долголетие, т.е. способность долгожителя к общественно полезной деятельности.

Долговременная помощь – одна или более услуг, предоставляемых для поддержания функциональных способностей хронического больного до достижения максимально возможного уровня его физического, психического и социального благополучия. Такие услуги предоставляются как на дому, так и в специализированных организациях (Стандарт организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан от 23 октября 2015 №822).

Интегрированная модель оказания медицинской помощи – модель организации оказания комплекса медицинских и социальных услуг на протяжении жизни человека для предупреждения, своевременного выявления, лечения и снижения риска развития осложнений заболевания с целью увеличения продолжительности жизни (Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК).

Качество жизни — междисциплинарное понятие, характеризующее эффективность всех сторон жизнедеятельности человека, уровень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей, уровень интеллектуального, культурного и физического развития, а также степень обеспечения безопасности жизни. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения этот термин охватывает физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

РК	Республика Казахстан
МЗ РК -	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МОН РК -	Министерство образования и науки Республики Казахстан
МО -	Медицинские организации
МЦ -	Медицинский центр
НТП -	Научно-техническая программа
НИР -	Научно-исследовательская работа
НИЗ -	Неинфекционные заболевания
ЕАПП -	Европейская ассоциация паллиативной помощи
ВОЗ -	Всемирная организация здравоохранения
ПМСП -	Первичная медико-санитарная помощь
МДК -	Мультидисциплинарная команда
МСУ -	Медико-социальное учреждение
ГККП -	Городское коммунальное казенное предприятие
ГЦПП -	Городской центр паллиативной помощи
ГОБМП -	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГПМ -	Гериатрическая паллиативная медицина
АГ -	Артериальная гипертензия
АД -	Артериальное давление
АДВ -	Алматинский дом ветеранов
ИБС -	Ишемическая болезнь сердца
ИМ -	Инфаркт миокарда
ИМТ -	Индекс массы тела
ОПЖ -	Ожидаемая продолжительность жизни
ОППЖ -	Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни
ОЭСР -	Организации экономического сотрудничества и развития
СС -	Сердечно-сосудистая система
ССЗ -	Сердечно-сосудистые заболевания
СД -	Сахарный диабет
ХСН -	Хроническая сердечная недостаточность
КР -	Когнитивные расстройства
БА -	Болезнь Альцгеймера
МДГ -	Мультидисциплинарная группа
Hum -	Индекс человеческого развития
ПП -	Паллиативная помощь
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
КазНМУ -	Казахский национальный медицинский университет
РФ -	Российская Федерация
ВОВ -	Ветераны отечественной войны

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

В настоящее время в Республике Казахстан активно проходит реформа здравоохранения, его модернизация. Сестринское дело – важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для проведения реформ в условиях рыночных отношений [1-3]. Тенденции развития сестринского дела значительно усиливают роль медсестры в современной системе здравоохранения. Первоначально медсестра относилась к среднему медицинскому персоналу, считалась помощником врача и осуществляла сестринский уход по назначению врача. В настоящее время современные теории сестринского дела, основанные на научном подходе и доказательных практиках, представляют медсестру в качестве равноправного партнера врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации. Сейчас партнерство врача и медсестры заключается в том, что врач оказывает пациенту врачебную помощь, а медсестра - сестринскую помощь, работая в рамках мультипрофессиональной команды специалистов здравоохранения для повышения эффективности качества медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения.

Одной из доминирующих тенденций нашего времени является старение населения. Старение населения – это процесс, который в значительной степени влияет на систему здравоохранения [4]. В результате увеличения доли пожилых людей в обществе возникает растущая потребность в специализированной медицинской помощи, в том числе и в услугах медицинских сестер. С возрастом возникают не только изменения в состоянии здоровья, но и происходит переориентация жизненных интересов и потребностей, меняется социальный статус, как в семье, так и в обществе [5]. Рядом авторов отмечено, что насущной необходимостью является более широкое привлечение к работе с пожилыми и престарелыми пациентами специалистов сестринского дела. Это требует дальнейшего обучения по оказанию медицинской, социальной помощи, психологической реабилитации, проведению работы в патронажной гериатрической службе амбулаторно-поликлинической сети и стационарных отделениях медико-социального ухода. С целью улучшения качества жизни пациентов особое внимание уделяется не только лечебным мероприятиям, но и повышению уровня медицинской грамотности пациентов, что помогает им легче приспосабливаться к состоянию своего здоровья. В этом вопросе важную роль отводят медицинской сестре.

В современных условиях развития здравоохранения с ростом значимости сестринского персонала в ситуации расширения методов лечения возрастает роль анализа качества сестринской помощи, поскольку от качества работы медсестер зависит экономическая и результативная составляющие медицинской помощи. Особое значение придается разработке методик

количественной оценки, качественной деятельности медицинских сестер в стационарах.

Особое внимание в повышении качества жизни пожилых людей в настоящее время уделяется программам паллиативной помощи, в которых медицинским сестрам отводится особая роль, связанная с организацией и координацией помощи пожилым людям с необратимыми болезнями. Наиболее распространенными состояниями пациентов паллиативных центров являются злокачественные образования, инсульты, утрата физической подвижности. Таким пациентам с неблагоприятным прогнозом необходимо обеспечить физический и душевный комфорт, подготовить к мысли о смерти. Персонал должен также обеспечить больным и их семьям решение социальных, духовных и юридических вопросов.

Паллиативная помощь в Казахстане находится на этапе развития. Если сестринская помощь в условиях амбулаторно-поликлинических организациях и стационарах представлена в научной литературе достаточно, роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи пожилым людям мало изучена, что и обусловило тему данной научной работы.

Цель исследования: Совершенствование паллиативной сестринской помощи по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования

1. Провести анализ международного и отечественного опыта сестринской помощи по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.

2. Изучить медико-социальные проблемы и потребности в сестринской помощи пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в центрах паллиативной помощи РК.

3. Изучить особенности оказания паллиативной помощи на основе опроса медицинских сестер.

4. Разработать предложения по совершенствованию паллиативной сестринской помощи для обеспечения качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.

5. Оценить эффективность обучения медицинских сестер по программе «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста».

Объект исследования

Пациенты пожилого и старческого возраста, медицинские сестры следующих организаций:

- ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г. Алматы,
- ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» г. Астана (отделение паллиативной помощи),
- ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева» г. Шымкент (отделение паллиативной помощи).

Предмет исследования

-Качество жизни и ментальное здоровье пациентов пожилого и старческого возраста паллиативных центров РК.

- Организация и качество оказания паллиативной сестринской помощи.

-Эффективность обучения медсестер по программе «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста».

Методы исследования: информационно-аналитический, социологический, статистический, фокус группы.

Научная новизна

Дана научно – обоснованная оценка качества жизни и ментального здоровья пациентов паллиативных центров РК: ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г. Алматы, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» (отделение паллиативной помощи) г. Астана, ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева» (отделение паллиативной помощи)» г. Шымкент.

Были изучены проблемы и потребности в сестринской помощи пожилых пациентов паллиативных центров РК. Изучены факторы, влияющие на качество оказания паллиативной сестринской помощи по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста. На основе выявленных проблем разработаны предложения по совершенствованию паллиативной сестринской помощи, обучающая программа для медицинских сестер по развитию коммуникативных навыков и навыков самосовладания. Проведена оценка эффективности обучения медицинских сестер по вышеуказанной программе.

Практическая значимость

На основе изучения качества оказания паллиативной сестринской помощи и опроса пациентов пожилого и старческого возраста паллиативных центров разработаны предложения по совершенствованию паллиативной сестринской помощи, повышению качества жизни и сохранению ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.

Для практического здравоохранения предложена обучающая программа «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста».

Положения, выносимые на защиту

1. Обеспечение качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста требует дальнейшего развития сестринской паллиативной помощи на основе использования международных подходов и индикаторов оценки эффективности медицинской помощи.

2. Актуальными проблемами в оказании паллиативной помощи пожилым пациентам являются: слабая взаимосвязь между пациентами, их близкими, медицинскими работниками, психологами и социальными работниками;

отсутствие системы подготовки медицинских специалистов паллиативной службы; слабая психологическая и социальная поддержка пациентов и их близких; слабая мотивация медицинских сестер для работы в паллиативных центрах.

3. Проблемы качества оказания паллиативной сестринской помощи связаны с высокой загруженностью медсестер и недостаточной профессиональной подготовкой.

4. Обучающая программа для медицинских сестер «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста» требует дальнейшего внедрения и оценки эффективности.

Внедрения результатов исследования

На основе результатов проведенного исследования разработан обучающий тренинг для медицинских сестер по развитию необходимых навыков по оказанию паллиативной сестринской помощи.

Получено свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права №28092, №51128, №53182 (Приложение Б,В,Г) на программу «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста».

Получены акты внедрения на обучение медицинских сестер: г. Астана ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр», г.ШымкентГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О.Орынбаева» (отделение паллиативной помощи) (Приложения Д, Е).

Публикация результатов исследований

Количество опубликованных статей по квартилям: Q2 (58%) – 1

Issenova B., Aimbetova G., Kanushina M., Makhanbetkulova D., Asimov M., Aimakhanova A., Tursynbekova A., Indershiyev A., Factors influencing the level of satisfaction of palliative patients with the activities of nurses: results of a cross-sectional study (Kazakhstan). Bangladesh Journal of Medical Science Vol. 24 No. 1 (2025), DOI: <https://doi.org/10.3329/bjms.v24i1.78727>.

Количество опубликованных статей ККОСОН МНВО -3

Исенова Б.К., Г.А. Аимбетова, М.А. Канушина, Д.Н. Маханбеткулова, М.А. Рамазанова Роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам пожилого возраста. Фармация Казахстана - 2023г. -№ 3.- С.187-192.ISSN 2310-6115. DOI 10.53511/PHARMKAZ.2023.40.61.028

Issenova B., G.Ye. Aimbetova. Modern aspects of the organization of nursing care to ensure the quality of life and health of elderly patients (literature review). Фармация Казахстана - 2023г. - № 5. - С.297-302.ISSN 2310-6115. DOI 10.53511/PHARMKAZ.2023.54.81.038

Issenova B., G.Ye. Aimbetova, M.A. Kanushina, M.A. Assimov, D.N. Makhanbetkulova. The results of a sociological survey among patients who received nursing care in medical organizations providing palliative care.

Фтизопульмонология - 2024г.- № 2.- С.67-73. DOI: 10.26212/2227-1937.2024.44.10.009

ISSN (print) 2227-1937.ISSN (online) 2663-1504.

Свидетельства о государственной регистрации прав на объект авторского права – 3 № 28092, № 51128, № 53182 (Приложение Б,В, Г).

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликованы 21 научных работ, из них 3 статьи в журналах, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере науки и высшего образования МНВО РК, 13 тезисов, 3 статьи в сборниках международных и зарубежных конференций, 1 статья, опубликована в международном журнале «Bangladesh Journal of Medical Science» с импакт-фактором 1.4, 3 свидетельства о государственной регистрации прав на объект авторского права № 28092, № 51128, № 53182 (Приложение Б, В, Г).

Апробация диссертации

Основные результаты диссертации были доложены и представлены на следующих конференциях:

г. Шымкент. Казахстан. X Международная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» 8-9 декабря 2022 г. Доклад: «Современные подходы к организации ПП в РК»;

г. Ташкент. Узбекистан. V Международная научно-практическая конференция «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья» 06 апреля 2023г. Доклад «Сестринское образование в Республике Казахстан: текущее состояние и перспективы»;

Австралия. Международная конференция. «United Through Research», 12-13 апреля 2023 г. Доклад: «From situational analysis to actions: development of the capacities in qualitative research methodology for nursing undergraduate students and educators in Kazakhstan universities»;

г. Алматы. Казахстан. Асфен-форум «Новое поколение 2023» НАО КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. 5-6 июня 2023г. Доклад: «Актуальность применения качественных методов исследования в сестринской науке»;

г. Астана, Казахстан. Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи, посвященная 45-летию принятия Алма-Атинской Декларации и 5-летию принятия Декларации Астаны по ПМСП, 22-23 октября 2023 года. Тезис: «Мейірбике ісіндегі кадр саясаты»;

г. Шымкент. Казахстан. I Международная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации», 7-8 декабря 2023г. Доклад: «Особенности сестринского ухода паллиативной помощи».

г. Баку. Азербайджан. XI Международная Научно-Практическая Конференция «Актуальные вопросы медицины и Вспутниковый форум по общественному здоровью и политике здравоохранения», 26-27 марта 2024г. Доклад: «Оценка деятельности работы медсестер по оказанию паллиативной помощи».

г. Алматы. Казахстан. Международный Асфен– форум: новое поколение 2024. Тезис: «Анализ оказания паллиативной помощи в больницах сестринского ухода за 2015-2023гг»;

г. Актобе. Казахстан. Международная практическая конференция «Мультидисциплинарный подход в сестринском деле», 18-19 апреля 2024г. Доклад «Перспективы развития оказания паллиативной помощи пожилым пациентам в Казахстане».

г. Актобе. Казахстан. IX Республиканская конференция с международным участием «Паллиативная помощь в Республике Казахстан: успехи, проблемы, перспективы», 21-22 ноября 2024г. Доклад «Психосоциальная поддержка в паллиативной помощи: подходы и практические решения».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 150 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 2-х разделов собственного исследования, заключения, включающего выводы и рекомендации для практического внедрения, библиографического списка использованных источников, включающего 161 наименований, из них 18 публикаций отечественных и стран СНГ и 143 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 52 таблицами и 26 рисунками. Количество приложений – 8.

1 СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

1.1 Качество жизни и ментальное здоровье в пожилом и старческом возрасте: особенности и проблемы

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пожилым считается возраст от 60 до 74 лет, старческим – от 75 до 89 лет, а возраст от 90 лет и старше считается возрастом долгожителей [6].

Качество жизни и ментальное здоровье пациентов пожилого и старческого возраста – это важные аспекты, которые требуют внимательного подхода со стороны медицинского персонала, включая медицинских сестер. Пожилые пациенты часто сталкиваются с различными физическими, психическими и социальными проблемами, которые могут существенно влиять на их общую жизнедеятельность и качество жизни [7,8].

Многочисленные исследования последних лет по изучению качества жизни представителей этих возрастных групп связаны с тем, что здоровье человека в этих возрастных периодах уязвимо и в значительной степени связано с качеством жизни.

Интерес представляет работа Мелёхина А.И. [9], в которой автор на основе анализа зарубежной литературы, используя базы данных PubMed, ScienseDirect по ключевым словам поиска: «qualityoflifeinelderly», «qualityoflifeinoldage», выделяет следующие основные компоненты качества жизни в пожилом и старческом возрасте: физическое здоровье, социальная активность, психологическое здоровье, наличие семьи, друзей и доверительного лица, экономические факторы, окружающая среда и ее безопасность. Автор также отмечает, что «ВОЗ выделила ряд факторов, которые могут влиять на качество жизни в поздних возрастах: депрессия или тревожные расстройства, снижение самооценки, самоуважения, отсутствие интереса к социальной деятельности, психологический дистресс, отказ от социальных отношений, чувство одиночества. Одиночество, депрессия, тревога являются факторами социальной и психологической уязвимости пожилого человека».

Депрессивные расстройства являются одними из самых распространенных психических расстройств в пожилом возрасте [10].

По данным мета-анализа Lippaetal. распространенность глубокой депрессии среди людей в возрасте 75 лет и старше составляет 7,2% (95% ДИ: 4,4–10,6%), а депрессивных расстройств без клинических проявлений – 17,1% (95% ДИ: 9,7–26,1%) [11].

Кроме того, европейское исследование MentDis-ICF65+ выявило распространенность глубокой депрессии – 11,6% (95% ДИ: 9,5–13,6%), дистимии – 2,9% (95% ДИ: 2,3–3,5%), любого биполярного расстройства – 2,5% (95% ДИ: 1,3–3,7%) в стратифицированной по возрасту случайной выборке из 3142 мужчин и женщин в возрасте от 65 до 84 лет в западных странах [12].

Люди с депрессией демонстрируют сниженное качество жизни, многие исследователи связывают депрессию с социальной отчужденностью и изоляцией, особенно это выражено у пожилых людей [13].

Хотя социальная изоляция в некоторой степени может рассматриваться как симптом депрессии, есть также исследования, предполагающие, что социальная изоляция и жизненные потери являются факторами риска депрессии [14-16].

Это особенно проблематично у пожилых людей, поскольку из-за ухода с работы, смерти близких или ограничений мобильности, они чаще, чем молодые, испытывают одиночество и изоляцию.

По мере старения населения мира значительное число пожилых людей с когнитивными нарушениями или слабоумием создает бремя не только для их семей, но и общества в целом. Деменция – это клинический синдром, характеризующийся прогрессирующим снижением когнитивных функций, влияющим на память, мышление, поведение и настроение [17]. Легкое когнитивное нарушение – это переходная стадия между когнитивным здоровьем и деменцией, которая обычно считается ключевой стадией для профилактических вмешательств до деменции [18].

Согласно Глобальным оценкам здравоохранения (GHE) 2019 года, около 14% взрослых в возрасте 60 лет и старше живут с психическими расстройствами, эти состояния составляют 10,6% от общей инвалидности (в годах жизни, скорректированных с учетом инвалидности, DALY) среди пожилых людей. Наиболее распространенными расстройствами психического здоровья у пожилых людей являются депрессия и тревожность. GHE 2019 показывает, что во всем мире около четверти смертей от самоубийств (27,2%) приходится на людей в возрасте 60 лет и старше [19]. Ученые отмечают, что психические расстройства у пожилых людей часто недооцениваются и не лечатся, а стигматизация, окружающая эти состояния, может заставить людей неохотно обращаться за помощью.

По мнению Хонг Тео Р. и других исследователей социальная изоляция и одиночество затрагивают около четверти пожилых людей и являются ключевыми факторами риска для психических расстройств в пожилом возрасте [20-22].

Отдельного внимания заслуживает проблема насилия над пожилыми людьми, которое включает в себя любые виды физического, словесного, психологического, сексуального или финансового насилия, а также пренебрежение. Каждый шестой пожилой человек подвергается насилию, часто со стороны своих собственных опекунов. Насилие над пожилыми людьми имеет серьезные последствия и может привести к депрессии и тревожности [23].

По мнению специалистов в настоящее время не существует лекарственной терапии, которая могла бы обратить вспять прогрессирование деменции. В результате, основное внимание уделяется профилактическим стратегиям, которые могут отсрочить или замедлить начало заболевания, таким, как изменение образа жизни.

Многие проспективные когортные исследования показали, что здоровый образ жизни, включая здоровое питание и участие в физических и социальных мероприятиях, являются модифицируемыми факторами, которые могут снизить риск когнитивных нарушений в пожилом возрасте [24-26].

Факторы образа жизни, такие как диета, употребление алкоголя, курение, физическая активность, интенсивно изучаются, и накапливаются доказательства их связи с когнитивными нарушениями и деменцией [27].

Так, доктор Ye K.X. и др. провели систематический обзор по выявлению факторов образа жизни, играющих важную роль в профилактике деменции у людей старшего возраста. Ученые провели поиск в научных базах PubMed, EMBASE, Scopus и Web of Science. Они выявили 27 наблюдательных когортных исследований, которые соответствовали критериям включения. Авторы сделали заключение о том, что изменения образа жизни, включая диету/режим питания, физические упражнения и досуг, могут привести к снижению когнитивных нарушений и риска слабоумия даже у людей пожилого возраста. Учитывая разнообразие и сложность факторов образа жизни и их мультипликативный эффект, пропаганда здорового образа жизни в целом должна быть, по мнению ученых, приоритетом общественного здравоохранения для всех стран. В общем, данный обзор представил научные доказательства в пользу профилактических стратегий по здоровому образу жизни для профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста[28].

Еще одна особенность в состоянии здоровья пожилых людей, – мультиморбидность. Мультиморбидность обычно определяется как сосуществование двух или более хронических заболеваний у одного человека. Ее распространенность наиболее высока среди пожилых людей, а одним из основных последствий является плохое качество жизни. Makovski T.T., Schmitz S., Zeegers M.P. и др. был проведен поиск исследований, опубликованных до 1 сентября 2018 года, в Medline/PubMed, Embase, CINAHL и PsycINFO[29]. Результатом, представляющим интерес, была выявленная взаимосвязь между увеличением числа заболеваний у человека и его качеством жизни. Из 25890 изначально выявленных исследований 74 исследования были сохранены для систематического обзора (всего 2500772 участника), из которых 39 исследований были включены в мета-анализ. Среднее снижение качества жизни на каждое добавленное заболевание, в зависимости от шкалы, варьировалось от: -1,55% (95% ДИ: -2,97%, -0,13%) до -4,37% (95% ДИ: -7,13%, -1,61%).

Низкое качество жизни наряду с инвалидностью, снижением функциональности и высокими расходами на здравоохранение являются основными последствиями мультиморбидности [30].

За последние 15 лет было опубликовано несколько систематических обзоров о связи между мультиморбидностью и качеством жизни. Обзоры касались либо пациентов первичной медицинской помощи [31], либо определенных возрастных групп [32], и неизменно показывали отрицательную

корреляцию между множественными хроническими заболеваниями и качеством жизни.

У пожилых и старых людей состояние здоровья может быть связано с рядом специфических изменений, которые происходят с возрастом. Снижается иммунная функция, что делает пожилых людей более подверженными инфекциям и заболеваниям. Они также могут иметь более тяжелое течение болезней, таких как грипп, пневмония и другие инфекционные заболевания. Так, если заболеваемость пневмонией в странах Европы колеблется от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год, то этот показатель значительно выше у пожилых и составляет 25-44 на 1000 человек в год, а у пожилых, находящихся в домах ухода, этот показатель доходит до 68-114 на 1000 человек в год [33].

У пожилых людей часто развиваются хронические заболевания, такие как гипертония, диабет, остеопороз, артрит, болезни сердца и сосудов. Эти заболевания требуют постоянного мониторинга и часто влияют на качество жизни. У пожилых людей также чаще наблюдаются проблемы со зрением (катаракта, глаукома, возрастная макулярная дегенерация) и слухом (например, возрастная тугоухость), что может затруднять повседневную жизнь. С возрастом уменьшается общая физическая активность, и могут развиваться заболевания, связанные с ослаблением мышц. Это может приводить к проблемам с равновесием и повышению риска падений. Кроме того, в этом возрасте могут возникать проблемы с пищеварением, такие как запоры, трудности с усвоением определенных веществ, снижение аппетита и нарушение обмена веществ [34-43].

В целом, исследований, изучающих предикторы, влияющие на качество жизни пожилых людей недостаточно. Webbetal. показали, что качество жизни снижалось в течение 4-х лет среди людей старше 50 лет, это снижение было связано с увеличением депрессии и трудностями в повседневной жизни, но, улучшение семейных отношений, соседства и финансового положения противодействовало снижению качества жизни [44].

Chanetal. обнаружили, что увеличение физических заболеваний, депрессивных симптомов и повседневных трудностей были связаны со снижением качества жизни в течение 12 месяцев у людей старше 65 лет с диагнозом депрессивное расстройство [45].

Некоторые исследователи предполагают, что со временем пожилые люди уделяют все больше внимания здоровью и физической активности при определении качества жизни [46,47].

Таким образом, ментальное здоровье и качество жизни в пожилом возрасте тесно связаны с физическим здоровьем, социальной поддержкой и психоэмоциональным состоянием. Важно раннее выявление проблем, поддержка активного образа жизни, внимание к нуждам пожилых людей и создание условий для их социальной интеграции, чтобы минимизировать риск депрессии, тревоги и социальной изоляции, обеспечивая достойное и полноценное существование в старости [48].

Здоровье пожилых людей требует особого внимания и подхода. Важно регулярное медицинское обследование, правильное питание, умеренные физические нагрузки и поддержка эмоционального состояния для улучшения качества жизни в старшем возрасте. Более того, качество жизни пожилых людей является значимым показателем-индикатором при оценке услуг системы здравоохранения (инструменты WHOQOL). Этот показатель обеспечивает дополнительную и ценную информацию об удовлетворенности пациентов в отношении доступности, организации и качества медицинской помощи, и будет полезен при принятии медицинских решений для обеспечения улучшения областей жизни, которые пациент считает наиболее важными, тем самым способствуя оказанию помощи, ориентированной на пациента. Учитывая центральную роль ментального здоровья в обеспечении качества жизни пожилых людей, вмешательства в здравоохранении должны включать социальные элементы, например, групповые занятия и мероприятия.

Проведенный нами обзор научной литературы также показал, что в последнее время особое внимание при изучении вопросов оказания медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста уделяется паллиативной помощи, как наиболее востребованной в данной возрастной группе. Пожилые и старые люди часто нуждаются в паллиативной помощи, особенно, когда сталкиваются с хроническими неизлечимыми болезнями или состояниями, значительно снижающими качество жизни.

1.2 Паллиативная помощь в пожилом и старческом возрасте

Паллиативная помощь, оставаясь по-прежнему относительно новым и малоизученным компонентом современной медицины, получает все больше признания как одна из неотъемлемых составляющих любой системы здравоохранения. По оценкам ВОЗ, «потребность в паллиативной помощи никогда не была так велика и не возрастала такими темпами, как в наши дни. Это связано со старением населения и распространением онкологических и других неинфекционных заболеваний» [49].

В 2002 г. Всемирная организация здравоохранения предложила новую редакцию определения паллиативной помощи, отдельно для детей и взрослых. Паллиативная помощь для взрослых – это «подход к лечению, направленный на улучшение качества жизни пациентов и их семей, которые столкнулись с проблемами, связанными с угрожающими жизни заболеваниями. Данный подход реализуется посредством предотвращения и облегчения страданий за счет ранней диагностики, точной оценки и лечения боли и других проблем, и симптомов – физических, психосоциальных и духовных». Паллиативная помощь: «обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания; утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу; не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти; включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти; предлагает систему поддержки близким пациента во

время его болезни, а также в период переживания утраты; использует командный подход для удовлетворения потребностей пациентов, в том числе, при необходимости, психологическое консультирование родных пациента после его ухода; улучшает качество жизни и может также оказывать положительное влияние на течение болезни; применима на раннем этапе лечения в сочетании с другими видами терапии, предназначенными для продления жизни, такими как химиотерапия или облучение, и включает обследования, необходимые для того, чтобы лучше понимать и справляться с причиняющими страдания клиническими осложнениями».

Паллиативная помощь неразрывно связана с понятием «хоспис». По определению ВОЗ «хоспис – это учреждение, которое оказывает помощь пациентам в конце жизни силами специалистов-медиков и волонтеров. Хоспис предлагает медицинскую, психологическую и духовную поддержку. Цель хосписа – создать для умирающих пациентов спокойную, комфортную обстановку и помочь им сохранить достоинство. Сотрудники хосписов стремятся облегчать боль и другие симптомы, чтобы по возможности максимально поддержать сознание и активность пациента и обеспечить ему комфорт. Хосписы также могут иметь программы поддержки для семей пациентов».

Таким образом, особенно актуальной паллиативная помощь становится для лиц пожилого и старческого возраста. По мере старения организма происходит процесс снижения жизненных функций физического тела и психических сил. Уровень заболеваемости в пожилом возрасте почти в два раза, а в старческом – в шесть раз выше, по сравнению с лицами молодого возраста [50].

Важной проблемой становится рост почти всех форм злокачественных новообразований с возрастом, особенно в возрастной группе старше 65 лет. По мнению специалистов, старение следует рассматривать не как определяющий фактор развития онкозаболеваний, а как косвенный маркер продолжительности воздействия значимых канцерогенных факторов [51].

Так, Горошко Н.В. и Емельянова Е. К. приводят данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, согласно которым наибольшая заболеваемость населения злокачественными новообразованиями наблюдается в возрастной группе 60 лет и старше. При этом данная возрастная группа от общего числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом составляет: среди женщин – более 64%, среди мужчин – свыше 69% [52]. Авторы также отмечают, что риск дестабилизации функционирования сосудисто-сердечной системы и развитие инфаркта миокарда также увеличивается с возрастом. У пожилых людей течение заболеваний приобретает рецидивирующий характер, инфаркт миокарда у пожилых до 50% случаев является повторным. На основании экспертного прогнозирования по дельфийскому методу [53,54] к заболеваниям взрослых, требующим паллиативной помощи, ученые относят: болезнь Альцгеймера и другие деменции, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания (исключая

скоропостижную смерть), цирроз печени, хроническую обструктивную болезнь легких, диабет, ВИЧ/СПИД, почечную недостаточность, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, мультирезистентный туберкулез. Однако, не все люди, умирающие от перечисленных заболеваний, нуждаются в паллиативной помощи, поэтому распространенность болевого синдрома – одного из наиболее частых симптомов в случае как онкологических, так и неонкологических хронических заболеваний – используется как индикатор потребности в паллиативной помощи в конце жизни.

Согласно оценкам ВОЗ ежегодно более 20 млн. людей по всему миру нуждаются в паллиативной помощи в конце жизни. Большинство (69%) составляют взрослые старше 60 лет. Эксперты также отмечают, что наибольшее число взрослых (78%), которым требуется паллиативная помощь в конце жизни, проживают в странах с низким и средним уровнем доходов. При этом наибольшее число взрослых, нуждающихся в паллиативной помощи, умирает от сердечно-сосудистых заболеваний (38,5%), онкозаболеваний (34%), респираторных заболеваний (10,3%), ВИЧ/СПИД (5,7%) и диабета (4,5%) [55-58].

Таким образом, потребность в паллиативной помощи зависит от множества факторов, включая возраст, состояние здоровья, наличие хронических заболеваний и степень тяжести этих заболеваний. Люди старшего возраста часто страдают от болезней, таких как рак, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания легких, деменции и др., которые могут требовать паллиативного ухода на поздних стадиях, чтобы облегчить боль и улучшить качество жизни. В случаях деменции и других когнитивных расстройств паллиативная помощь может быть нужна для обеспечения комфорта, безопасности и минимизации страданий пациента, так как такие заболевания могут значительно снижать качество жизни. Часто пожилые люди начинают получать паллиативную помощь на поздних стадиях заболевания или по мере ухудшения их состояния, когда цель лечения уже не является излечение, а только облегчение страданий. В тоже время, несмотря на растущую потребность в паллиативной помощи, статистика показывает, что в ряде стран с развитыми системами здравоохранения только небольшая часть нуждающихся получает должный уровень ухода. Например, в США около 70% пациентов в конце жизни имеют доступ к паллиативной помощи, но в других странах этот показатель значительно ниже. По данным «Всемирного альянса паллиативной помощи» в 2006 г. одна или больше действующих паллиативных служб имелись в 115 из 234 стран мира (49%). В 2011 г. одна или больше действующих хосписно-паллиативных служб существовали уже в 136 из 234 стран (58%), что на 21 страну (+9%) больше, чем при предыдущем подсчете. Если в 2006 г. 156 стран (67%) или предоставляли хосписно-паллиативные услуги, или активно разрабатывали правовую базу для работы таких служб, то к 2011 г. этот показатель вырос до 159 стран (68%). В настоящее время 27 стран (12%) находятся на стадии предварительной интеграции паллиативной помощи в систему здравоохранения, но лишь 18 странам (8%) удалось достигнуть

хорошего уровня интеграции. Эти данные подчеркивают, насколько важным становится вопрос организации паллиативного ухода для старшего поколения, и как сильно эта проблема влияет на здоровье и благополучие пожилых людей.

Интерес представляет опыт России, где на 2019 год насчитывалось более 700 кабинетов и более 400 отделений паллиативной медицинской помощи, 40 хосписов, а в регионах создаются выездные патронажные службы и отделения сестринского ухода [59,60]. При этом, по оценкам российских ученых, потребность в паллиативной медицинской помощи варьирует от 37,4% до 89% всех умирающих больных, из которых 1/3 это онкологические пациенты и 2/3 – неонкологические больные [61].

В мировой практике существуют две основные формы оказания долговременной медицинской помощи и ухода для лиц пожилого возраста: оплачиваемая/официальная помощь и неоплачиваемая/неофициальная помощь. Неоплачиваемую помощь, как правило, оказывают близкие люди больного, семья. Официальная помощь представляет собой сестринский уход и индивидуальное обслуживание в домах престарелых, хосписах или на дому. В странах с низким и средним уровнем дохода институциональные системы обслуживания пожилых людей практически отсутствуют, так как большинство семей не могут позволить себе официальную помощь. В этих странах подобную помощь могут оказывать религиозные или неправительственные организации [62-64].

В странах с высоким уровнем дохода развита институциональная система обслуживания пожилых людей, которая представлена разнообразными лечебными и интернатными учреждениями. В настоящее время приветствуется развитие системы помощи пожилым на уровне местного сообщества. Например, в Японии и Швеции, создана система небольших «групповых домов», где проживает коллектив по 6–10 человек, с круглосуточным обслуживанием предоставляемым персоналом заведения [65-67].

Такая форма помощи пожилым представляет собой промежуточный уровень по уходу между обслуживанием на дому и в стационарных учреждениях. На уровне местного сообщества оказывается помощь по ведению домашнего хозяйства, приготовлению пищи, покупке продуктов, помощь в соблюдении личной гигиены и др. работниками социальной службы под руководством профессиональных и сертифицированных специалистов-медиков.

Паллиативная помощь может быть организована в домашних условиях, амбулаторно и стационарно. Оказывать паллиативную помощь могут медицинские или иные организации, осуществляющие медицинскую деятельность. Организации могут быть специализированные и неспециализированные.

Точных сведений о том, какие средства направляются на хосписную и паллиативную помощь, нет, но об этом можно ориентировочно судить по финансовой потребности в этой области. Так, в западных странах, расходы на помощь пациентам в последний год жизни оцениваются как 25–30% от всех

медицинских расходов. В рамках программы льготного обеспечения медицинской помощью в США (Medicare) для людей старше 65 лет за 2009 г. Было израсходовано 484 млрд. долларов США, включая 12 млрд. на хосписную помощь. Паллиативная помощь, помимо хосписной, в основном представлена в США как консультативная помощь на базе больниц. По оценкам, 1568 больниц в США предоставляют паллиативную помощь, но точные объемы средств, выделяемые на эти программы, неизвестны. В Канаде 50% средств, расходуемых на паллиативную и хосписную помощь, поступают из благотворительных пожертвований. Благотворительные хосписы для взрослых в Англии финансируются правительством или Национальной службой здравоохранения. В Великобритании всего лишь на 34%, хотя суммы государственного финансирования местных благотворительных хосписов существенно варьируются на всей территории Великобритании. Детские хосписы получают от правительства и Национальной службы здравоохранения финансовую поддержку в значительно меньшем объеме [68-70].

Следует отметить, что на данный момент для большинства семей, столкнувшихся с проблемами ухода и реабилитации лежачего родственника, услуга в бесплатном государственном стационаре практически не доступна из-за ограниченности и недостатка коечных мест, а в платном медицинском центре (или хосписе) из-за высокой стоимости. Поэтому, в большинстве случаев, уход ложится на плечи родственников, а не на медицинских специалистов в условиях специализированного учреждения. Паллиативная помощь все еще остается относительно новой областью медицины для государственных систем здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Для содействия развитию паллиативной помощи и преодоления существующих барьеров на пути такого развития необходима поддержка государства. Одним из существенных препятствий в развитии паллиативной помощи является недостаточно четкая политика по созданию системы паллиативной помощи, недостаток образовательных программ для обучения паллиативной помощи, недостаток основных медицинских препаратов для обеспечения паллиативной помощи и недостаток организованных программ по обеспечению паллиативной помощи. Все эти препятствия преодолимы. Существующие возможности могут быть адаптированы под условия отдельных стран, чтобы восполнить указанные пробелы. Главное – это решимость продолжать работу и понимание, что отсутствие паллиативной помощи приводит к излишним страданиям самых уязвимых групп людей.

1.3 Роль медицинской сестры в паллиативной помощи, в поддержании качества жизни и ментального здоровья лиц пожилого и старческого возраста

Несмотря на то, что медсестры составляют самую большую группу медицинских работников, научных данных об их роли в паллиативной помощи во всех службах здравоохранения недостаточно.

Интерес представляет работа Sekse R.J.T. соавторами [71], в которой приведены результаты качественного систематического обзора по изучению роли медсестры в оказании паллиативной помощи пациентам с опасными для жизни заболеваниями в различных системах здравоохранения. Авторами был проведен поиск в базах данных MEDLINE, EMBASE, CINAHL, OVID Nursing, British Nursing Index, PsycINFO, AMED и Web of Science с использованием терминов «паллиативная помощь», «уход при неизлечимых заболеваниях», «уход в конце жизни», «роль медсестры», «влияние», «компетентность», «функция» и «ответственность». Поиск касался соответствующих статей, опубликованных в период с января 2000 года по июнь 2016 года. Двадцать восемь статей были отобраны и проанализированы с помощью тематического синтеза. Авторы пришли к выводам, что медсестры играют ключевую роль в паллиативной помощи, чему способствует доступность сестринской помощи и возможность медсестры быть координатором ухода за пациентами и их родственниками, а также возможность медсестры осуществлять координацию с другим медицинским персоналом. Внимательное отношение к пациентам и их близким, преданность делу, использование гибких и нетрадиционных методов лечения были важными компетенциями медсестер для выполнения этой роли. Барьерами для осуществления качественной паллиативной помощи были: нехватка времени и ресурсов, ограниченная легитимность, этические дилеммы и потребность в поддержке и знаниях.

Ряд исследований показывает, что по сравнению с другими медицинскими работниками медсестры, как правило, проводят больше всего времени с пациентами. Несмотря на то, что пациенты получают помощь от многих других медицинских работников, они всегда нуждаются в базовом уходе, таком как помощь в личной гигиене и питании [72-74].

Как сообщают в своей статье King N. и Melvin J.: «Медсестра – это та, кто находится на своем рабочем месте и продолжает оставаться там, когда другой медицинский персонал может не счесть это необходимым». Медсестры, работающие круглосуточно и заботящиеся об основных потребностях пациентов, были ответственными и доступными [75].

Проводя большую часть времени с пациентами, медсестры устанавливают с ними особую связь. Нахождение дома у пациента и/или у его постели, реагирование на потребности пациента также позволяет развить доверительные отношения. Результаты исследований показывают, что количество времени, проведенное с пациентом, имеет существенное значение для построения доверительных отношений в паллиативной помощи. Эта связь способствует индивидуальному уходу, как на дому, так и в различных отделениях больниц. По мнению медсестер, без доверительных отношений они вряд ли смогут оказывать оптимальный уход умирающим пациентам [76,77].

Во многих исследованиях медсестры описывали свою роль как защитника интересов пациента. В этой роли медсестры следили за качеством и непрерывностью ухода. Быть защитником интересов пациента также означало следить за тем, чтобы пациент понимал информацию и отзывы врача или

другого медицинского персонала, что пациент и его семья были должным образом информированы, а также помогать пациентам выражать то, о чем им было трудно говорить [78,79].

Выполнение медсестрами функций связующего звена и координатора считается важным для обеспечения непрерывности в оказании медицинской помощи, что достигается за счет налаживания отношений с другими службами. По данным Austin et al. медсестры, работающие в сфере ухода на дому в Великобритании, выступали в качестве «привратников» к услугам, предоставляемым другими специалистами.

Таким образом, в координации ухода медсестры играют ключевую роль в общении со всеми вовлеченными лицами: семьей пациента, командой специалистов, социальными службами.

Kirby E., Broom A., Good P. при изучении роли медсестер в австралийской больнице обнаружили, что основными ценностями роли медсестер являются облегчение страданий, сохранение достоинства и обеспечение комфортного ухода. Это достигалось через доверительное общение медсестры и пациента, постоянные присутствия рядом с пациентом [80].

Кроме того, роль медсестер в паллиативной помощи заключается в предоставлении целостного ухода: физического, психосоциального и духовного.

Howell D. и др. обнаружили, что медсестры часто описывали свои действия как трудно поддающиеся измерению, а некоторые из них представляли собой «скрытую работу», например, работу, которая не была зарегистрирована или задокументирована, но, тем не менее, являлась важной для ухода, по определению медсестер «делать то, что нужно» [81].

Важное предназначение медсестер характеризуется в их содействии в обеспечении «комфортного ухода». Комфортный уход включает такие виды ухода, как купание, уход за волосами, уход за полостью рта, а также эмоциональный, психологический и экзистенциальный уход.

Исследование McCallum and McConigley показало, что медсестры, работающие в отделении интенсивной терапии в Австралии, воспринимают свою роль как защиту достоинства пациентов, обеспечивая хороший уход за ними, выполняя базовые сестринские работы [82].

Медсестры рассматривали свою роль в паллиативной помощи в том, чтобы пациенты чувствовали себя комфортно и не испытывали боли. Адекватное облегчение боли и управление болевыми симптомами были признаны необходимыми. Медсестры считают обезболивание как само по себе приносящее комфорт для пациентов. Даже в отделении интенсивной терапии уход в конце жизни считается сложной областью практики, и медсестры выполняют одни и те же основные действия [83].

Исследование Daines et al. [84] показало, что хорошая паллиативная помощь пациентам в различных учреждениях, в отделении неотложной и амбулаторной помощи, а также в отделении паллиативной помощи,

заклучалась в том, что медсестры могли найти правильное сочетание медицинского и немедицинского вмешательства для достижения комфорта.

Одним из важных направлений в деятельности медицинской сестры является поддержка и обучение пациентов и их семей. Zheng et al. [85] в своем исследовании показали, что эффективная коммуникация может уменьшить психологический стресс пациента. Пациенты, обладающие знаниями о стратегиях совладания и болезни, также облегчали рабочую нагрузку медсестер. В ряде исследований сообщается, что забота о семье пациента является особенно важной частью роли медсестры в паллиативной помощи. Роль заключалась в том, чтобы семьи чувствовали себя комфортно, получали поддержку и не были одиноки [86,87].

Если паллиативная помощь и роль медсестры в оказании этой помощи все еще остается относительно новой и требующей изучения областью медицины, то вопросам изучения роли медицинской сестры в поддержании качества жизни и ментального здоровья пожилых посвящены многочисленные исследования последних лет [88-95].

Предлагаемые модели сестринской помощи по поддержанию качества жизни и ментального здоровья лиц пожилого и старческого возраста включают следующие ключевые направления:

1. Обеспечение физической помощи: медицинские сестры играют ключевую роль в уходе за пожилыми пациентами, обеспечивая физическую поддержку, контроль за состоянием здоровья и помощь в выполнении повседневных задач.

2. Поддержка ментального здоровья: сестры могут обнаруживать признаки ментальных расстройств, проводить беседы, выявлять тревожность и депрессию, а также работать в команде с психиатрами и психологами для назначения необходимого лечения.

3. Общение и социальная поддержка: важной частью работы медсестер является общение с пациентами, которое может способствовать уменьшению чувства одиночества и повышению качества жизни.

4. Образование и информирование: медицинские сестры проводят обучение пациентов и их семьи о различных аспектах здоровья, помогают в управлении хроническими заболеваниями и рассказывают о доступных ресурсах и поддержке.

5. Стимулирование активности: сестры могут разрабатывать программы физической активности и социального взаимодействия, что способствует улучшению как физического, так и психического состояния пациентов.

6. Забота о безопасности и комфортной среде: создание безопасной и комфортной обстановки для пожилых людей может значительно повысить их качество жизни, и медицинские сестры играют важную роль в этом процессе.

Таким образом, роль медсестер в оказании паллиативной помощи заключается в том, чтобы выступать в качестве координатора и связующего звена между пациентом и его семьей, а также другими медицинскими работниками и между различными медицинскими и социальными службами. В

тоже время такая роль медсестры требует знаний и клинического опыта во всех основных областях сестринского дела. Медсестры должны обладать навыками фундаментального сестринского дела, чтобы оказывать индивидуально адаптированную паллиативную помощь пациентам и их родственникам. Чтобы выполнять свою роль в паллиативной помощи, они должны выйти за рамки рутины, доверять интуитивным ощущениям и руководствоваться чувством ситуации, профессиональными и личностно-ориентированными компетенциями, которые тесно переплетены. Медсестры нуждаются не только в знаниях в области фундаментальной медицинской помощи, а также в руководстве и поддержке, чтобы выполнять то, что требуется в ситуации, чтобы выполнять свою роль в паллиативной помощи. Фундаментальная помощь и, в частности, координирующая роль медсестер должны быть подчеркнуты как в образовании, так и в обучении. Медсестры должны сосредоточиться на формулировании своей роли, которая часто воспринимается как должная и недооценивается. Кроме того, медицинские сестры имеют ключевую роль в поддержании качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста, действуя не только как медицинские работники, но и как социальные, оказывая поддержку, являясь консультантами и наставниками для своих пациентов и их семей.

1.4 Проблемы старения населения Республики Казахстан и кадровый потенциал средних медицинских работников

Старение населения – одна из доминирующих тенденций нашего времени. Данная проблема имеет важные и далеко идущие последствия для жизни общества. Увеличение доли пожилых людей в общей численности населения отмечается практически во всех странах. По прогнозам ООН, в ближайшие десятилетия численность людей в возрасте от 65 лет во всем мире увеличится более чем вдвое: с 761 млн. в 2021 году до 1,6 млрд. человек в 2050-м. Численность людей в возрасте от 80 лет будет расти еще быстрее.

Специалисты определяют старение населения как глобальную тенденцию. Ожидаемая продолжительность жизни с момента рождения в 2021 году почти на 25 лет больше, чем в 1950-м. При этом женщины по продолжительности жизни опережают мужчин в среднем на пять лет [96]. Поскольку численность пенсионеров непрерывно растет, в условиях современной социально-экономической модели государственные пенсионные фонды с распределительной пенсионной системой могут столкнуться с риском невыполнения своих социальных обязательств перед будущими пенсионерами [97]. К примеру, на сегодняшний день коэффициент демографической нагрузки пожилого возраста в мире, по данным ООН, составляет 15,1%. В перспективе значение коэффициента из года в год будет только расти. Так, в 2025 году он составит 16,1%, в 2030-м – 18,2%, в 2040-м – 22,6%, в 2050-м – уже 26,3%. Коэффициент демографической нагрузки пожилого возраста представляет собой отношение численности пожилых людей в возрасте, когда они в целом экономически неактивны (т. е. в возрасте от 65 лет), к численности людей

трудоспособного возраста (т. е. в возрасте 15–64 лет). Иными словами, этот коэффициент показывает, сколько пенсионеров придётся содержать одному потенциальному работнику [97, с. 5].

В Республике Казахстан ситуация такая же, как и в целом по миру: наблюдается старение населения. Так, на начало 2022 года доля женщин в возрасте от 65 лет достигла 10,1%, при этом десятью годами раньше она составляла лишь 8,2%. Тем временем доля мужчин в возрасте от 65 лет за десятилетие увеличилась с 4,8% до 6,1%.

Кроме того, по прогнозам ООН, коэффициент демографической нагрузки пожилого возраста в Казахстане также будет расти. Так, в 2022 году значение этого коэффициента составило 12,9%. К 2025 году коэффициент достигнет 14,1%, к 2030-му – 15,9%, к 2040-му – 17,1%, к 2050-му – 19% [98].

Старение населения – это процесс, который в значительной степени влияет на систему здравоохранения. В результате увеличения доли пожилых людей в обществе возникает растущая потребность в специализированной медицинской помощи, в том числе и в услугах медицинских сестер. Более длительный срок жизни у пожилых людей часто связан с хроническими заболеваниями, требующими постоянного наблюдения и ухода. Это создает спрос на медицинских сестер, которые могут предоставлять как базовую, так и специализированную медицинскую помощь. Важно обеспечить адекватную подготовку медицинских кадров, включая программу повышения квалификации и обучение новым технологиям в медицине. Это также включает в себя развитие эмоционального интеллекта и навыков общения, необходимых для работы с пожилыми пациентами и их семьями. Государство должно реагировать на изменения, внедряя политику, которая поддерживает обучение и найм более квалифицированных медицинских сестер. Это может включать в себя создание incentives (стимулов) для медицинских работников, работающих в сфере геронтологии. Для обеспечения эффективного ухода за пожилыми людьми необходимы также интеграция различных служб и учреждений здравоохранения, которые смогут наладить связь между стационарной и амбулаторной помощью. Таким образом, старение населения создает значительный вызов для систем здравоохранения, требующий увеличения числа медицинских сестер и улучшения образования в этой области, что критически важно для удовлетворения потребностей пожилых граждан.

В мире существует хроническая нехватка медработников в результате десятилетий недостаточных инвестиций в их обучение, подготовку, заработную плату, условия труда и управление. Это привело к острой нехватке ключевых специалистов, росту показателей смены занятий и раннего выхода на пенсию, а также к национальной и международной миграции. По существующим оценкам, в настоящее время в мире примерный дефицит врачей, акушеров, медицинских сестер, фармацевтов, стоматологов и другого персонала составляет более 4 млн. человек. Неудовлетворительное распределение ресурсов, неэффективное использование знаний или пренебрежение ими, а

также миграция работников здравоохранения ухудшают и без того неблагоприятную ситуацию [99].

Средний медицинский персонал – медицинские сестры, фельдшера – работают с пациентом с первых минут его обращения за помощью и до окончательного выздоровления или улучшения. Именно от профессиональной компетентности и личностно-психологических качеств медицинских сестер зависит обслуживание пациентов [100].

Проблема миграции и растущей нехватки сестринского и акушерского персонала отмечается во всем мире и, особенно, в бедных странах. Нехватка сестринского персонала связана с условиями работы, несоответствующими требованиям, плохим распределением и несоответствующим использованием этой категории медицинских работников [101]. Среди причин, способствующих миграции и низкого коэффициента работы среднего медицинского персонала Международная организация труда особо выделяет большой рабочий день, низкую зарплату, отсутствие стимулов и неудовлетворенность работой [102]. В основе этих проблем лежит нехватка ресурсов в секторе здравоохранения, неправильная политика в области занятости, что особенно характерно для стран с низким и средним уровнем доходов. Моральный дух и практическая отдача труда перегруженных, низкооплачиваемых и лишенных поддержки работников здравоохранения резко снизились. В результате многие из них не считают более возможным продолжать работу в таких условиях. Это привело к оттоку кадров из системы здравоохранения, ухудшению качества предоставляемых услуг и падению доверия населения к системе здравоохранения (Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006) [103].

1 В Казахстане, как и во всем мире, в последнее десятилетие остро стоит проблема развития кадрового потенциала здравоохранения, в том числе и среднего медицинского персонала. 90-е годы обострили проблему труда средних медицинских работников. Низкий уровень заработной платы, несбалансированность в распределении и неэффективное использования среднего медицинского персонала, а также низкая результативность и отсутствие мотивации в работе, привело к массовому выбыванию из профессии подготовленных специалистов. Кадровый дисбаланс ведет к серьезным экономическим последствиям и требует незамедлительного принятия серьезных мер для исправления сложившейся ситуации. Помимо абсолютного выбывания из профессии по экономическим причинам, существует дисбаланс между количественным соотношением врачей и медицинских сестер. На протяжении нескольких десятков лет общей стратегической линией политики отечественного здравоохранения являлось неуклонное наращивание численности врачебных кадров. В результате этой политики наша страна вышла на первое место в мире по числу врачей и обеспеченности ими населения [104]. При этом, реальная кадровая диспозиция «сестринский персонал - врачи» сопровождалась двумя взаимосвязанными негативными процессами. Во-первых, увеличением доли во врачебной деятельности тех видов медицинских услуг, которые должны осуществляться хорошо

подготовленным сестринским персоналом. В результате этого рабочее время врача уходит на выполнение обязанностей, не требующих врачебной квалификации. Во-вторых, принижается роль сестринского персонала, функции которого сводятся к обслуживанию врача, а порой и к выполнению чисто технической работы, не требующей профессиональной сестринской квалификации. Безусловно, последнее обстоятельство не могло не оказать отрицательного влияния на качество сестринской помощи, имидж и привлекательность профессии медицинской сестры [105].

2 В последние годы проблема использования медицинских сестер в качестве вспомогательного персонала обострилась особенно остро в связи с крайне низким уровнем оплаты труда младшего медицинского персонала. По этой причине медицинские сестры вынуждены заниматься неквалифицированной работой во вред лечебному процессу. Вспомогательно-технические мероприятия сестринских служб в основном связаны с транспортировкой пациентов в операционную из других отделений и обратно, а также сопровождение больных на лечебно-диагностические процедуры. Кроме того, к этой же категории относится доставка медицинской документации и биологических материалов внутри больницы. По различным исследованиям доля такой работы достигает 50% [106].

Профессиональная деятельность медицинских сестер зачастую сопряжена с такими психотравмирующими факторами, как тяжелые физические нагрузки и эмоциональное перенапряжение, особенно при суточном графике работы. Это приводит к синдрому «эмоционального выгорания». Средний медицинский персонал, несмотря на реформы, остается самой незащищенной категорией медицинского персонала. По данным некоторых авторов, наиболее предрасположены к уходу из профессии молодые специалисты. Они имеют наиболее низкий материальный уровень жизни и неблагоприятные реакции на эмоциональные перегрузки. В целом, уровень дохода сильно влияет на уход из профессии во всех возрастах. Когда низкий уровень дохода усугубляется отсутствием возможности для карьерного роста и неблагоприятным климатом в коллективе, формируется стрессовая ситуация, способствующая уходу персонала, либо развитию синдрома «эмоционального выгорания» [107].

3 Необходимость преломления критической тенденции в показателях здоровья - один из лейтмотивов послания Президента РК Н.А. Назарбаева "Казахстан - 2030 год", где отмечается, что существующая ситуация настоятельно требует перехода от декларации проблем в здоровье к конкретным шагам по их преодолению [108]. Принижение роли человеческого фактора в отрасли усугубило профессиональную и нравственную стагнацию медицинских кадров, невостребованный и нераскрытый потенциал которых обусловил снижение качества медицинской помощи, текучесть и отток специалистов [109].

К настоящему времени появилось достаточно много научных работ, посвященных современному состоянию медицинских кадров, в которых авторы подчеркивают необходимость решения многочисленных кадровых проблем в

здравоохранении и в первую очередь усугубляющегося падения престижа профессии.

Проблемы здравоохранения неразрывно связаны с проблемами Государства. В последние годы эта социально значимая отрасль оказалась заложницей общей экономической ситуации. Крайне недостаточное финансирование лечебно-профилактических учреждений из бюджетов всех уровней не покрывает расходы на оказание медицинских услуг. Доля финансирования здравоохранения в бюджете постоянно снижается.

В настоящее время казахстанское здравоохранение приобрело новые очертания: государством обеспечиваются лишь базовые медицинские услуги, что ограничивает доступность медицинского обслуживания; профилактика заболеваний, являвшаяся неотъемлемой частью прежней системы, осуществляется крайне ограничено; переведено на платную основу лечение отдельных видов заболеваний, например стоматологических; сокращено стационарное лечение. При этом источники финансирования остались прежними, а эффективное использование ограниченных средств продолжает оставаться актуальной проблемой [110].

Сегодня Республика Казахстан проводит реформы, связанные с переходом к рыночным принципам ведения хозяйства, что является важной составной частью широкой программы социально-экономических преобразований. Реформирование должно проявляться целенаправленными и существенными изменениями в секторе здравоохранения, ведущими к большей действенности и эффективности медицинской помощи, оказываемой населению [111].

Результативность такого исключительно сложного процесса зависит от уровня социально-правовой и экономической защиты интересов работников отрасли. Главной задачей реформирования является создание системы, при которой повысилась бы цена не только общественного, но и личного здоровья каждого человека, возрос утрачиваемый профессиональный престиж медицинской профессии [112].

При этом реформаторы здравоохранения должны помнить, что здравоохранение - это неприбыльный сектор и главный акцент необходимо ставить на качество услуг и самоокупаемость системы, а не на рентабельность, как это диктуется рынком в других отраслях экономики [113]. Из всех секторов национальной экономики в рыночные отношения здравоохранение вступило самым последним и частично. Зарождающиеся в здравоохранении рыночные отношения выражаются в необходимости постоянного совершенствования профессиональных возможностей, так как профессионализм врача и качество оказываемой им медицинской помощи прямо связаны между собой [114]. Экономические факторы также влияют на оплату труда, неправильное использование ресурсов, создание новых рабочих мест и потери квалифицированных специалистов национального здравоохранения.

Внедрение экономических методов хозяйствования требует от современного врача знания механизмов достижения экономической эффективности выполняемой работы. Обоснованные материальные стимулы

должны способствовать организации и оказанию высокопрофессиональной медицинской помощи с минимальными ресурсными затратами, и снижению себестоимости медицинских услуг [115].

Известно, что качество медицинской помощи определяется не только адекватностью организационных форм, состоянием материально-технической базы здравоохранения, но и наличием квалифицированных специалистов. В связи с этим особую важность приобретает определение целей, задач и приоритетов работы с медицинскими кадрами [116]. Особенно в период перевода экономики на интенсивный путь развития повысилась значимость исследований в области организации управления трудовой деятельностью, особенно в здравоохранении, где очень высок удельный вес затрат «живого» труда [117].

Систему здравоохранения традиционно относят к непроизводственной сфере, хотя она решает задачи, связанные с восстановлением здоровья населения. Среди отраслей непроизводственной сферы здравоохранение представляет относительно крупный сектор приложения квалифицированного труда. В обозримой перспективе оно и будет оставаться трудоемкой отраслью.

Работники здравоохранения — это одна из социальных групп населения, испытывающих на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, но призванная в известной мере амортизировать эти проблемы в ходе массовых контактов населения с медицинской сетью. Таким образом, медицинские работники находятся в кругу, как своих собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, в известной мере испытывая двойную социально-психологическую нагрузку [118].

Поэтому для совершенствования деятельности системы по охране здоровья населения и повышению качества медицинского обслуживания необходимо научно-обоснованное решение вопросов и проблем медицинских кадров. Актуальным в настоящее время является решение социально-экономических аспектов их деятельности, вопросов правовой, социальной, профессиональной защищенности и последипломной подготовки медицинских работников [119].

ВОЗ отмечает, что оказание медико-санитарной помощи чрезвычайно трудоемкий процесс, в котором медицинские сестры и акушерки играют все более важную роль, что зачастую недооценивается. Если не укрепить сестринское и акушерское дело, серьезно пострадают качество медико-санитарной помощи, доступность услуг, материальное положение специалистов, а также достижение национальных и глобальных целей, стоящих перед здравоохранением. Для того, чтобы рационально планировать и развивать медсестринскую службу лица, принимающие решения в здравоохранении стран, должны в полной мере использовать информацию о сестринской и акушерской практике, основанной на научных данных, что поможет им организовать эффективную с точки зрения затрат и высококачественную медсестринскую помощь в своих странах [120]. Для эффективного функционирования систем здравоохранения требуется большое

количество высококвалифицированного и опытного персонала. Для решения появляющихся и быстро меняющихся проблем в области здравоохранения необходимо постоянно совершенствовать обучение сестринского и акушерского персонала. Новые задачи возникают в связи с эпидемиологическими и демографическими изменениями, новыми достижениями медицинской науки и технологии, растущими общественными потребностями, реформой систем здравоохранения. Создание потенциала и наличие достаточного количества преподавателей и инструкторов является непременным условием для подготовки специалистов, обладающих высокой квалификацией и отвечающих требованиям современной медицинской практики [121]. При максимальном и соответствующем использовании среднего медицинского персонала можно сократить затраты и повысить качество медицинской помощи [122].

ВОЗ определила следующие стратегические направления в области укрепления сестринских и акушерских служб [123]. Сестринское дело является неотъемлемой важнейшей частью здравоохранения. Следовательно, качество медицинской помощи во многом определяется степенью развития сестринского дела, профессионализмом сестринского персонала, ответственностью за результаты своего труда [124].

В Мюнхенской декларации ВОЗ «Медицинские сестры и акушерки – важный ресурс здоровья», подчеркивается, что медицинские сестры и акушерки играют важную и все возрастающую роль и решение нынешних проблем общественного здравоохранения, а также в оказании высококачественной, эффективной, доступной для всех и непрерывной медицинской помощи, направленной на удовлетворение меняющихся потребностей населения и обеспечение прав человека. В этой связи необходимо упомянуть модель оказания помощи при хронических заболеваниях. В общих чертах эта модель включает четыре компонента:

1. Обучение больных самопомощи, консультирование, распространение обучающих материалов
2. Оказание медицинской помощи многопрофильными бригадами
3. Поддержка принятия клинических решений
4. Клинические информационные системы [125].

Данная модель основана на использовании высококвалифицированных медсестер клинической практики, которые наблюдают и координируют процесс медицинского обслуживания больных и пациентов из групп риска, опираясь на индивидуальные планы лечения. Такой подход способствует улучшению функционального статуса и качества жизни больного [126]. Улучшение качества медицинской помощи и повышение удовлетворенности пациентов при таком подходе немалой степени обусловлено частотой контактов с больными, регулярным наблюдением и направлением к специалистам [127].

Таким образом, в настоящее время потребность в сестринской помощи для пожилых людей значительно возросла. Это связано со следующими факторами:

- Рост числа пожилых людей. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, количество людей старше 65 лет растет, и, по прогнозам, к 2050 году их доля в населении может достигнуть 16%. Это приводит к увеличению числа пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи.

- Рост хронических заболеваний. Пожилые люди чаще страдают от хронических заболеваний, таких как диабет, сердечно-сосудистые болезни и деменция. Эти состояния требуют постоянного ухода и наблюдения, что увеличивает необходимое количество медицинских сестер, подготовленных к работе с такими пациентами.

- Необходимость в специализированной сестринской помощи. Пожилые пациенты требуют не только физического ухода, но и эмоциональной поддержки. Это включает помощь в повседневной жизни, организацию лечения и реабилитации, а также поддержку пациентов и их семей в процессе ухода.

- Преобразование сестринских служб. Необходимость в изменении подходов к сестринской помощи для обеспечения более эффективного и индивидуализированного ухода. Это включает в себя сотрудничество с сообществами, социальными работниками и различными медицинскими специалистами.

- Образование и подготовка кадров. Для того чтобы соответствовать возросшим требованиям, необходимо улучшить программы подготовки медицинских сестер с акцентом на уход за пожилыми людьми и их специфические потребности.

Оценке отечественной паллиативной помощи посвящен ряд работ казахстанских ученых[128-137]. Как отмечает в своей работе Абдирова Т. М. «В последние годы в Казахстане достигнут определенный прогресс в сфере оказания паллиативной помощи, но уровень ее организации и предоставления значительно отстает от европейских стандартов. По мнению международных исследователей, для Казахстана характерна модель паллиативной и хосписной помощи, типичная для стран с ограниченными ресурсами: недостаточное внимание к проблемам боли, табу относительно тем, связанных со смертью (и, как следствие, слабая информированность пациента о диагнозе), и негибкая структура, где врач является главным действующим лицом, принимающим решение» [138].

Автор также предлагает меры по совершенствованию паллиативной помощи, оказываемой людям пожилого возраста, которые включают: «разработку стандартов и протоколов лечения больных, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, в соответствии с международными требованиями; разработку и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины; разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки на медицинский персонал, в том числе для социальных работников с учетом уровня организаций; разработку и внедрение системы оценки (индикаторов) эффективности геронтологической и

гериатрической помощи; разработку и внедрение программы обучения по паллиативной помощи для врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников (мультидисциплинарной команды оказания паллиативной помощи)».

В целом, обзор научной литературы показал, что пожилые люди сталкиваются с комплексными проблемами, такими как физические заболевания, депрессия и деменция в силу возраста. Сестринская помощь играет ключевую роль в поддержании их качества жизни и психического здоровья. Важно раннее выявление проблем, поддержка активного образа жизни, внимание к нуждам пожилых людей и создание условий для их социальной интеграции, чтобы минимизировать риск депрессии, тревоги и социальной изоляции, обеспечивая достойное и полноценное существование в старости. Здоровье пожилых людей требует особого внимания и подхода. Медсестры осуществляют профилактическое, диагностическое и лечебное воздействие, включая эмоциональную поддержку, что крайне важно для обеспечения благополучия пожилых людей. В странах с хорошо развитыми системами здравоохранения (например, Скандинавия, США) акцентируется внимание на мультидисциплинарном подходе, где работают не только медсестры, но и психологи, социальные работники. Эта команда создает интегрированный план ухода, который включает регулярные оценки психического состояния пациента. Так, в Швеции используются специальные программы для улучшения ментального здоровья пожилых, включающие групповые занятия и арт-терапию. Зарубежные примеры вмешательств также включают инициативы по развитию групп поддержки, обучение социальным навыкам, творческие или художественные группы, досуговые мероприятия и образовательные услуги, волонтерские программы.

В тоже время, несмотря на прогресс в введении сестринского ухода, существует необходимость в дальнейшем обучении медицинских сестер в области психического здоровья. Программы по уходу часто сосредоточены на физическом, а не психическом состоянии, однако некоторые страны начинают интегрировать психо-социальные компоненты в процесс ухода. Приведенные в научной литературе стратегии по укреплению и профилактике психического здоровья для пожилых людей направлены на поддержку здорового старения, что означает создание физической и социальной среды, которая поддерживает благополучие и позволяет людям делать то, что для них важно, несмотря на потерю дееспособности. Эти стратегии включают меры по снижению финансовой незащищенности и неравенства доходов; программы по обеспечению безопасного и доступного жилья, общественных зданий и транспорта; социальную поддержку пожилых людей и лиц, осуществляющих уход за ними; поддержку здорового образа жизни, особенно сбалансированного питания, физической активности и др.

Проведенный нами обзор научной литературы также показал, что в последнее время особое внимание при изучении вопросов оказания медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста уделяется

паллиативной помощи, как наиболее востребованной в данной возрастной группе. Пожилые и старые люди часто нуждаются в паллиативной помощи, особенно, когда сталкиваются с хроническими неизлечимыми болезнями или состояниями, значительно снижающими качество жизни. В тоже время, несмотря на растущую потребность в паллиативной помощи, статистика показывает, что в ряде стран с развитыми системами здравоохранения только небольшая часть нуждающихся получает должный уровень ухода. В оказании паллиативной помощи и ухода медсестры также играют ключевую роль, они осуществляют координацию в общении со всеми вовлеченными лицами: семьей пациента, командой специалистов, социальными службами. Однако, паллиативная помощь и роль медсестры в оказании этой помощи все еще остается относительно новой и требующей изучения областью медицины. Рост числа пожилых людей повышает потребность в сестринской помощи, вместе с этим актуальным остается вопрос ее доступности и качества. Все вышеуказанное и обусловило тему и цель нашего исследования.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения цели и решения поставленных задач была разработана программа исследования (таблица 1).

Таблица 1 – Программа исследования

Задачи исследования	Объекты и объем исследования	Методы	Результаты исследования
1	2	3	4
Первый этап			
1.Провести анализ международного и отечественного опыта сестринской помощи по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.	Литературные источники. Всего 161, из них 18 публикаций отечественных и стран СНГ и 143 зарубежных источников, нормативно-законодательная база 7 приказов МЗ РК; 8 Указов и Постановлений Правительства РК)	Библиографический	Были изучены зарубежный и отечественный опыт сестринской помощи по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста
Второй этап			
2.Изучить медико-социальные проблемы и потребности в сестринской помощи пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в центрах паллиативной помощи РК.	100 пациентов паллиативных центров РК: ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г. Алматы, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» г. Астана (отделение паллиативной помощи), ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева»	Социологический, статистический	На основе проведения социологического опроса пациентов дан анализ медико-социальных проблем лиц пожилого и старческого возраста, находящихся в паллиативных клиниках, изучены потребности в

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4
	г.Шымкент (отделение паллиативной помощи).		сестринской помощи, удовлетвореннос ть пациентов качеством оказываемой помощи.
Третий этап			
3. Изучить особенности оказания паллиативной помощи на основе опроса медицинских сестер.	120 медицинских сестер паллиативных центров РК: ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г.Алматы, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» г.Астана (отделение паллиативной помощи), ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева» г.Шымкент (отделение паллиативной помощи).	Социологи ческий, статистиче ский.	Изучены особенности сестринской паллиативной помощи, существующие проблемы, определена роль медсестры в оказании данного вида помощи. Проведен анализ предложений по улучшению навыков медсестер для оказания качественной паллиативной помощи.
Четвертый этап			
4. Разработать предложения по совершенствованию паллиативной сестринской помощи для обеспечения качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.	На основе анализа результатов социологических опросов выявлены проблемы в оказании сестринской помощи и разработаны рекомендации для практического здравоохранения	Аналитиче ский	Разработаны рекомендации для практического здравоохранения

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4
Пятый этап			
5. Оценить эффективность обучения медицинских сестер по программе «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста».	15 медицинских сестер г. Астана, 15 медицинских сестер г. Шымкент.	Аналитический	Разработана программа обучения для медсестер «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста», проведена оценка ее эффективности.

Данное научное исследование проводилось в течение 2021 -2023 гг. Дизайн исследования – поперечное.

При проведении данного исследования нами были выделены следующие этапы:

- разработка дизайна исследования;
- сбор информации и формирования базы данных;
- обработка, анализ и визуализация данных;
- рекомендации.

На всех этапах использовалась современная технология сбора, обработки и анализа данных. На первом этапе были проведены обзор и анализ литературных источников по теме диссертации. В подготовке литературного обзора были использованы систематические обзоры Кокрановской библиотеки, базы данных MEDLINE/PubMed, EMBASE, Web of science, e-library, также была изучена нормативно-законодательная база Республики Казахстан по вопросам оказания сестринской помощи. Всего было изучено 161 литературных источников, из них 18 публикаций отечественных и стран СНГ, и 143 зарубежных источников, нормативно-законодательная база и (7 приказов МЗ РК; 8 Указов и Постановлений Правительства РК).

На втором этапе с целью изучения медико-социальных проблем и потребностей в сестринской помощи пациентов пожилого и старческого возраста нами был проведен социологический опрос пациентов следующих паллиативных центров РК: ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г. Алматы, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» г. Астана (отделение паллиативной помощи), ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева» г.Шымкент (отделение паллиативной помощи).

Выбранные города республиканского значения (Алматы, Астана, Шымкент) обусловлены тем, что являются мегаполисами нашей страны, характеризуются высокой численностью и плотностью населения. Выборка представляет собой генеральную популяцию, всего за период опроса 2022-2023гг было опрошено 100 пациентов, находившихся в данных паллиативных клиниках. Анкетирование проводилось на основе анонимности и добровольности. Опрос пациентов проводился специально подготовленными волонтерами (студенты колледжей).

Для опроса пациентов нами была разработана анкета (на русском и казахском языках), на которую было получено свидетельство о внесении сведений в государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом № 28092 от 29 июля 2022г. (Приложение А). Данная анкета включает 30 вопросов, паспортную часть. Вопросы анкеты направлены на изучение качества и потребности в паллиативной сестринской помощи.

Критериями для включения пациентов в исследование стали:

1. Возраст от 60 лет и старше.
2. Добровольное участие. Наличие информированного согласия на участие в исследовании.

3. Дееспособные для самостоятельного заполнения анкеты.

4. Пациенты клиник: г.Астана, ул.Манаса, д.17, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр», (отделение паллиативной помощи), г.Шымкент, Енбекшинский р-н, ул. Алдиярова, д.60А, ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева», (отделение паллиативной помощи), г.Алматы, ул.Утепова, д.3, ГКП на ПХВ «Городской центр паллиативной помощи».

Критерии для исключения:

1. Отказ от участия в исследовании.
2. Старческая деменция.

На третьем этапе с целью изучения особенностей паллиативной сестринской помощи нами проведен опрос медицинских сестер паллиативных клиник: ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г.Алматы, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр(отделение паллиативной помощи)» г.Астана, ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева. (отделение паллиативной помощи)» г.Шымкент. Выборка медицинских сестер является генеральной, объем составил 120 человек. Участие медсестер в проведенном социологическом опросе, было

добровольным и анонимным. Использовались специально разработанные анкеты на платформе Googleform, анкета включала 30 вопросов и была разработана на казахском и русском языках. В ходе опроса медицинских сестер изучались: удовлетворенность профессиональной деятельностью, организация и проблемы паллиативной сестринской помощи. Для углубленного изучения данного вопроса мы так же провели качественное исследование на основе фокус – группы.

Важное место в подготовительный период отводилось определению объекта исследования, единицы наблюдения и объема выборки исследования. Ключевыми шагами при разработке опросника было определено: выбор необходимых данных для исследования, разработка отдельных вопросов, определение формулировки, кодирование, подготовка первого проекта и предварительного пилотного исследования и оценка формы. Было получено информированное согласие пациентов паллиативных клиник.

Заполнение анкет в среднем занимало 15 - 20 минут. Респондентам анкеты предлагались на казахском и русском языках. Распределение пациентов и медицинских сестер паллиативных центров, принявших участие в исследовании, представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациентов и медицинских сестер паллиативных центров, принявших участие в исследовании

Наименование организации	Количество участников исследования	
	Пациенты	Медицинские сестры
ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г.Алматы	30	16
ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр (отделение паллиативной помощи)» г.Астана	25	63
ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева. (отделение паллиативной помощи)» г.Шымкент	45	41
Итого	100	120

На пятом этапе исследования нами оценивалась эффективность обучения медицинских сестер по программе «Развитие интегрированной компетенции самообладания и коммуникации». В обучающем семинаре приняли участие 15 медицинских сестер паллиативных центров г. Шымкента и 15 медицинских сестер г.Астана. Все медицинские сестры оценивали свои коммуникативные навыки и навыки стрессоустойчивости до обучения и повторно после обучения

(через 6 месяцев). Для самооценки медицинских сестер использовались международные стандартные опросники Communicative Competence Scale (CCS), Ways of Coping Questionnaire (WCQ) - способы совладающего поведения (ССП).

Статистическая обработка данных

Для описания количественных данных, имеющих нормальное распределение, использовались среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD). Интервальная оценка средней представлена с помощью доверительных интервалов (95% ДИ). Для описания асимметричных распределений использовались медиана (Me) и процентиля (Q1 и Q3). Проверка распределения количественных данных на нормальность проводилась с помощью описательной статистики, статистических критериев Shapiro-Wilk (для небольших выборок) и графически (гистограмма, квантильная диаграмма).

Для анализа качественных переменных использовались доли и 95% ДИ для доли. Доверительный интервал для долей (95% ДИ) рассчитывался по методу Уилсона с помощью онлайн-калькулятора, размещенного на интернет-ресурсе «VassarStats: Website for Statistical Computation».

Для проверки гипотезы о значимости различий между частотами, а также наличии взаимосвязи между качественными переменными, измеряемыми на номинальной и порядковой шкалах, использовался χ^2 Пирсона. Для оценки силы взаимосвязи между номинальными переменными применялся критерий V Крамера (для многопольных таблиц).

Для сравнения компетенций медицинских сестер до и после обучения (общие суммарные баллы до и после обучения) использовались парный критерий Стьюдента и критерии Уилкоксона для связанных групп.

Критический уровень статистической значимости принят менее 0,05. Статистический анализ проводили с помощью пакета статистических программ SPSS (version 22).

Объекты исследования

Объектами исследования являлись: ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г.Алматы, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр (отделение паллиативной помощи)» г.Астана, ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева. (отделение паллиативной помощи)» г.Шымкент.

г.Астана, ул.Манаса, д.17, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр», (отделение паллиативной помощи).

Определение участников исследования, набор и согласие

1. Методы определения участников и их набора. В исследование были включены лица обоих полов от 60 лет и старше после информированного согласия в участии.

2. Процесс получения согласия. Информированное согласие было составлено и распечатано в бумажном варианте. После устного разъяснения было предложено прочтение информированного согласия с последующим подписанием, при отсутствии дополнительных вопросов или необходимости

разъяснений.

3. Состояние участника. Испытуемые находились в ясном и адекватном состоянии, без препятствий для заполнения анкет.

Примечание: Имеются договора с паллиативными центрами (г.Астана, ул.Манаса, д.17, ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр», (отделение паллиативной помощи), г.Шымкент, Енбекшинский р-н, ул.Алдиярова, д.60А, ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева»,(отделение паллиативной помощи).г.Алматы, ул. Утепова, 3, ГКП на ПХВ «Городской центр паллиативной помощи».

3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Результаты анализа социологического опроса пациентов

Нами проведен опрос пациентов паллиативных клиник в трех городах РК для изучения удовлетворенности оказываемой сестринской помощи, выявления медико-социальных проблем пожилых пациентов и определения потребности в паллиативной сестринской помощи. Всего было опрошено 100 пациентов, из них 81% (n=81) составили женщины, 19 % (n=19) – мужчины (рисунок 1).

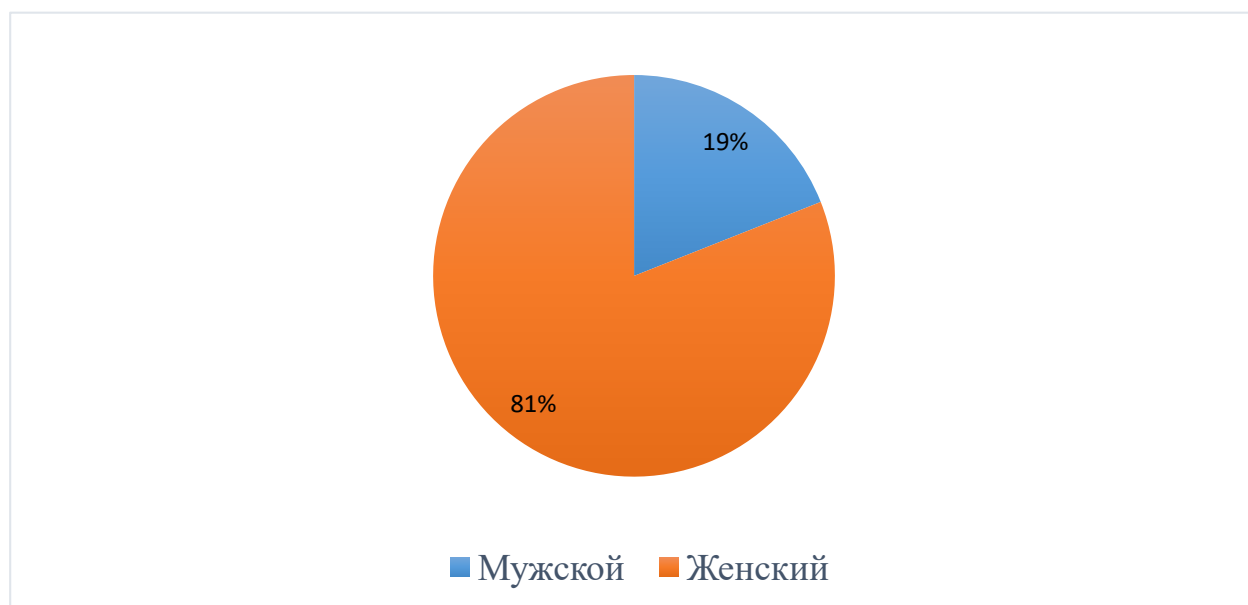


Рисунок 1 - Распределение пациентов по полу

Распределение пациентов по паллиативным клиникам представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение пациентов по клиникам

Наименование организации	Количество пациентов
ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г.Алматы	30
ГКП на ПХВ «Многопрофильный Медицинский центр (отделение паллиативной помощи)» г.Астана	25
ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева (отделение паллиативной помощи)» г.Шымкент	45
Итого	100

Как известно, немаловажную роль в лечении имеет положительное впечатление пациента об медицинских работников. Нас интересовала оценка пациентом медицинской сестры.

Пациент, как правило считает, что медсестра должна иметь соответствующий внешний вид, обладать коммуникативными навыками, эмпатией и при этом быть профессионалом своего дела.

Поэтому в нашем исследовании нас интересовало, что наиболее важным для пациентов является: внешний вид, навыки общения с людьми или профессиональные знания, умения медсестры. По результатам опроса, наибольшее количество пациентов отдали предпочтение внешнему виду и профессиональным знаниям, 37% и 34%соответственно (рисунок 2).

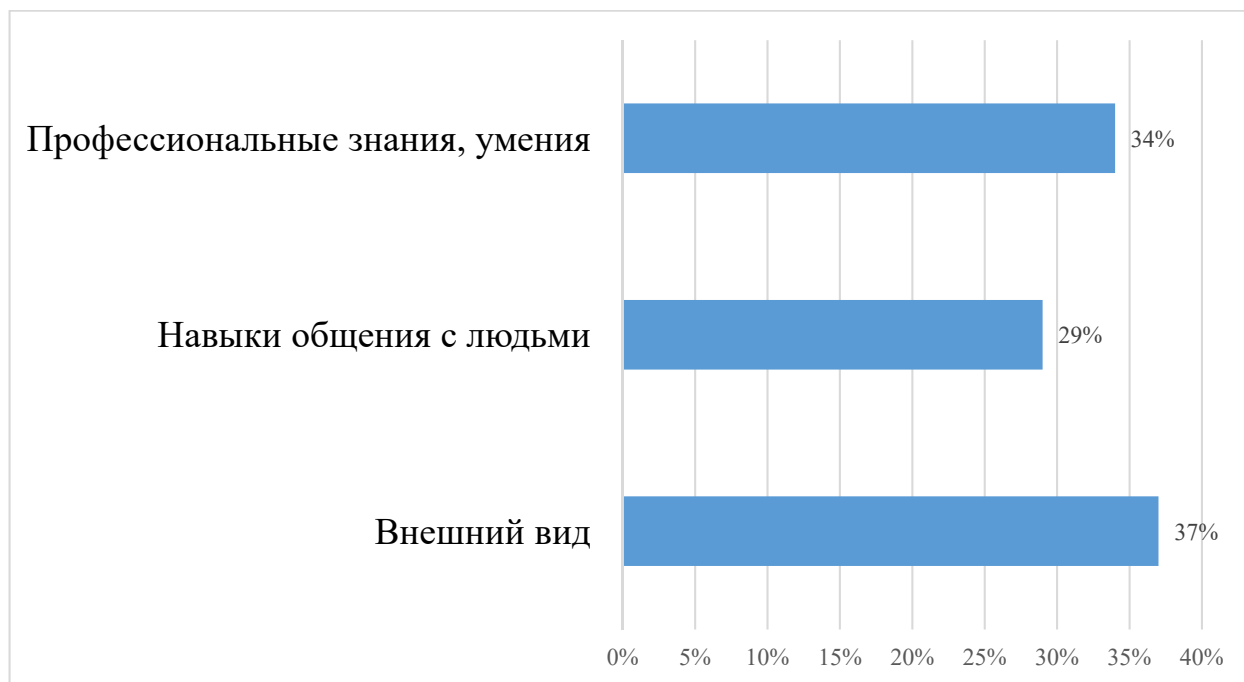


Рисунок 2 - Результаты ответов пациентов на вопрос «Что, по Вашему мнению, играет наиболее важную роль в деятельности медсестры?»

Таким образом, для пациентов первое впечатление складывается по внешнему виду медицинской сестры.

На первое впечатление пациентов также влияет и отношение медсестер. Согласно результатам нашего опроса 47% респондентов ответили, что при первой встрече с медицинскими сестрами отношение к ним было доброжелательное и приветливое.

В тоже время 10% опрошенных отметили, что почувствовали себя никому не нужными, 18% столкнулись с «сухим» отношением. Мнения пациентов о первом впечатлении от встречи с медсестрой представлены в таблице 4 и на рисунке 3.

Таблица 4 - Первое впечатление пациентов от встречи с медицинской сестрой

Оценка отношения	Количество пациентов	
	Абс.	%
Доброжелательное и приветливое	47	47
«Сухие» профессионалы	18	18
Умные и понимающие	11	11
Первый раз вижу таких равнодушных людей	5	5
Внимательные и заинтересованные люди, готовые помочь и ответить на все интересующие вопросы	9	9
Почувствовал себя никому не нужным	10	10
Всего	100	100

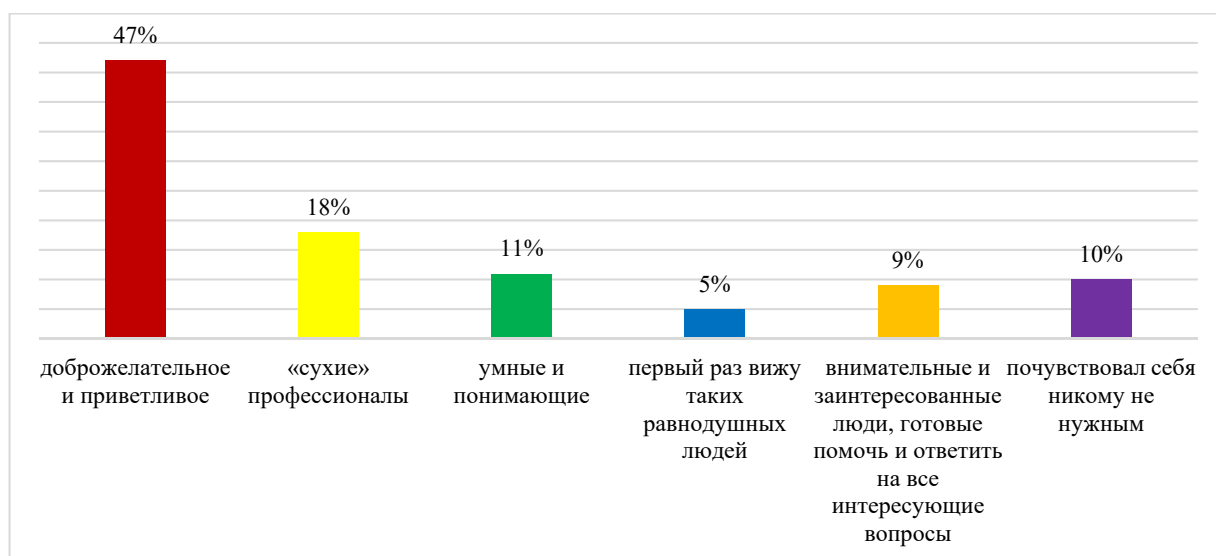


Рисунок 3 -Первое впечатление пациентов от встречи с медицинской сестрой

Более половины респондентов ответили, что медицинские сестра всегда относились к ним вежливо и уважительно, однако, необходимо отметить, что 11% пациентов жаловались на постоянное неуважительное отношение медицинских сестер (таблица 5, рисунок 4).

Таблица 5 - Результаты ответов пациентов на вопрос «Во время пребывания в больнице как часто медсестры относились к Вам вежливо и уважительно?»

Ответы пациентов	Количество пациентов
------------------	----------------------

	Абс.	%
1	2	3
Никогда	11	11
Иногда	17	17

Продолжение таблицы 5

1	2	3
Как правило	21	21
Всегда	51	51
Всего	100	100

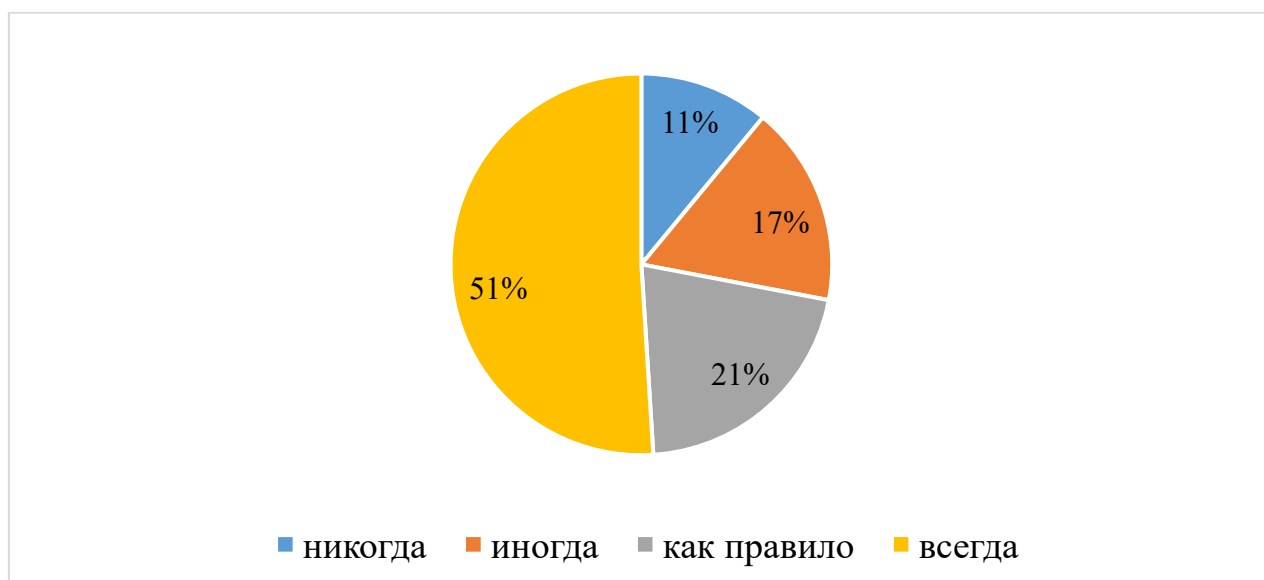


Рисунок 4 - Результаты ответов пациентов на вопрос «Во время пребывания в больнице как часто медсестры относились к Вам вежливо и уважительно?»

Одним из ключевых моментов в оказании паллиативной помощи пожилым пациентам является налаживание отношений и степень доверия к медицинским работникам. Как показало наше исследование, более 50% опрошенных пациентов паллиативных клиник оценивали свое доверие к профессионализму среднего медицинского персонала как отличное, на хорошо оценили свое доверие 40% и удовлетворительно – 9%.

Результаты оценки степени доверия пациентов представлены в таблице 6 и на рисунке 5.

Таблица 6 - Степень доверия пациентов к профессионализму среднего медицинского персонала

Ответы пациентов	Количество пациентов	
	Абс.	%
Отлично	51	51
Хорошо	40	40
Удовлетворительно	9	9
Плохо	0	0
Всего	100	100

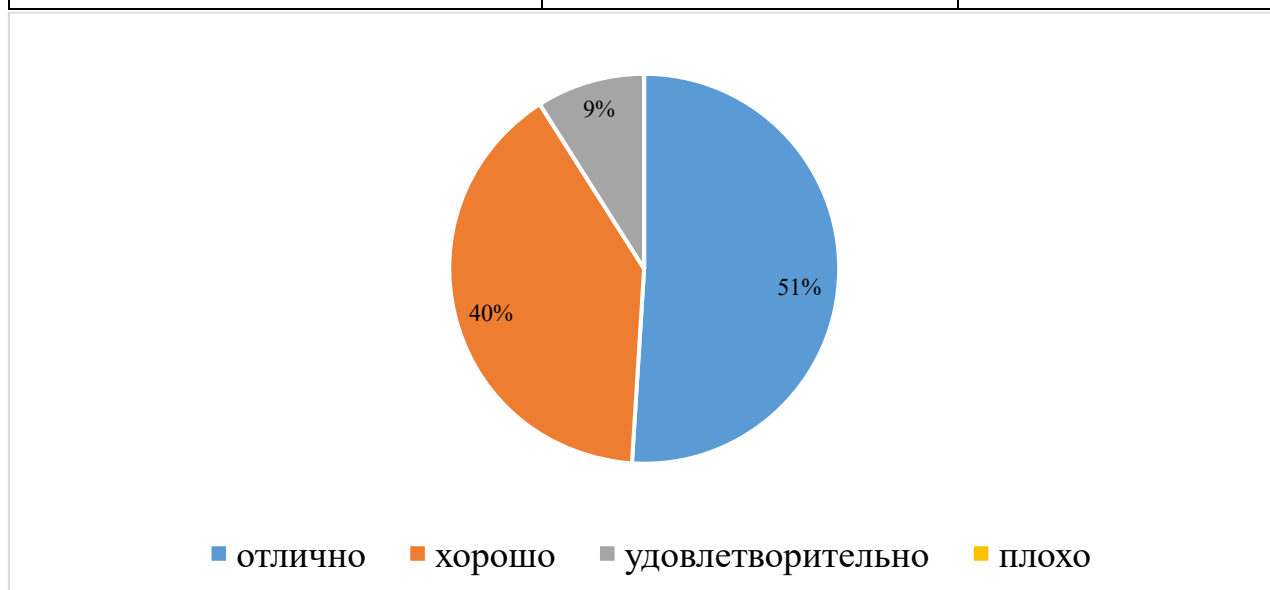


Рисунок 5 - Степень доверия пациентов к профессионализму среднего медицинского персонала

В системе паллиативной помощи медсестра играет важную роль, ей приходится проводить много времени с больным, быть посредником между больным и врачом, контактировать с родными и близкими пациента.

Медицинской сестре важно соблюдать принципы организации паллиативной помощи: создание максимального психологического комфорта и облегчение страданий пациента. Опыт зарубежных центров паллиативной помощи показывает, что медицинская сестра является главным координатором действий в командной работе и центральным лицом, принимающим решения по поводу ухода. Поэтому основными функциями медицинской сестры хосписа являются: выявление проблем пациента, общий уход и выполнение назначений врача, психологическая и социальная поддержка пациента и его близких, обучение пациента и членов его семьи. Учитывая вышесказанное, в своей работе мы также уделили внимание оценке пациентами уровня организации сестринской помощи.

Анализ показал, что 90% участников исследования (пациенты) оценивают организацию сестринской помощи на хорошо и отлично. Данные представлены в таблице 7 и на рисунке 6.

Таблица 7 - Оценка пациентами уровня организации сестринской помощи

Оценка пациентами уровня организации сестринской помощи	Количество пациентов	
	Абс	%
Отлично	49	49
Хорошо	41	41
Удовлетворительно	6	6
Плохо	4	4
Всего	100	100

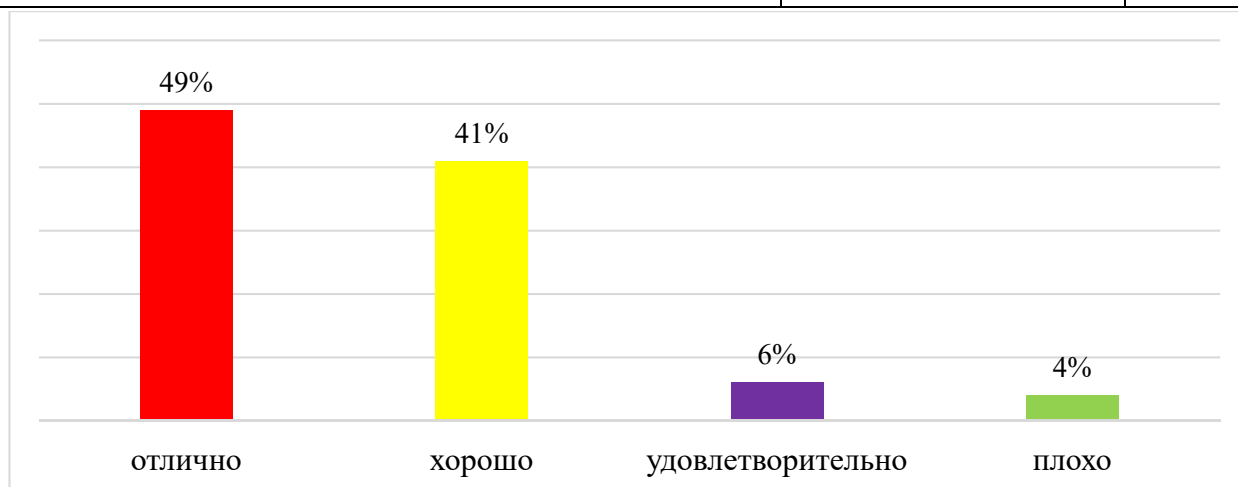


Рисунок 6 - Оценка пациентами уровня организации сестринской помощи

Умение общаться с пациентами и их родственниками крайне важно для медицинских работников паллиативных центров.

Владение коммуникативными навыками общения с пациентами и их близкими для медицинских сестер это не просто правило хорошего тона, а обязательное условие успешной работы.

В разговоре с неизлечимо больными людьми и их близкими важно осознавать, как представить информацию, отвести для такого разговора достаточное количество времени, сделать общение максимально эффективным и комфортным для пациента. В нашем исследовании уровень разъяснительной работы, которую проводят медицинские сестры, 76% респондентов отметили, как хороший и отличный. На удовлетворительно разъяснительную работу медсестер оценивают 11% респондентов, в тоже время 13% участников опроса считают такую работу неудовлетворительной (таблица 8, рисунок 7).

Таблица 8 - Оценка пациентами уровня разъяснительной работы медицинских сестер

Оценка пациентами уровня разъяснительной работы медицинских сестер	Количество пациентов	
	Абс.	%
Отлично	39	39
Хорошо	37	37
Удовлетворительно	11	11
Неудовлетворительно	13	13
Всего	100	100

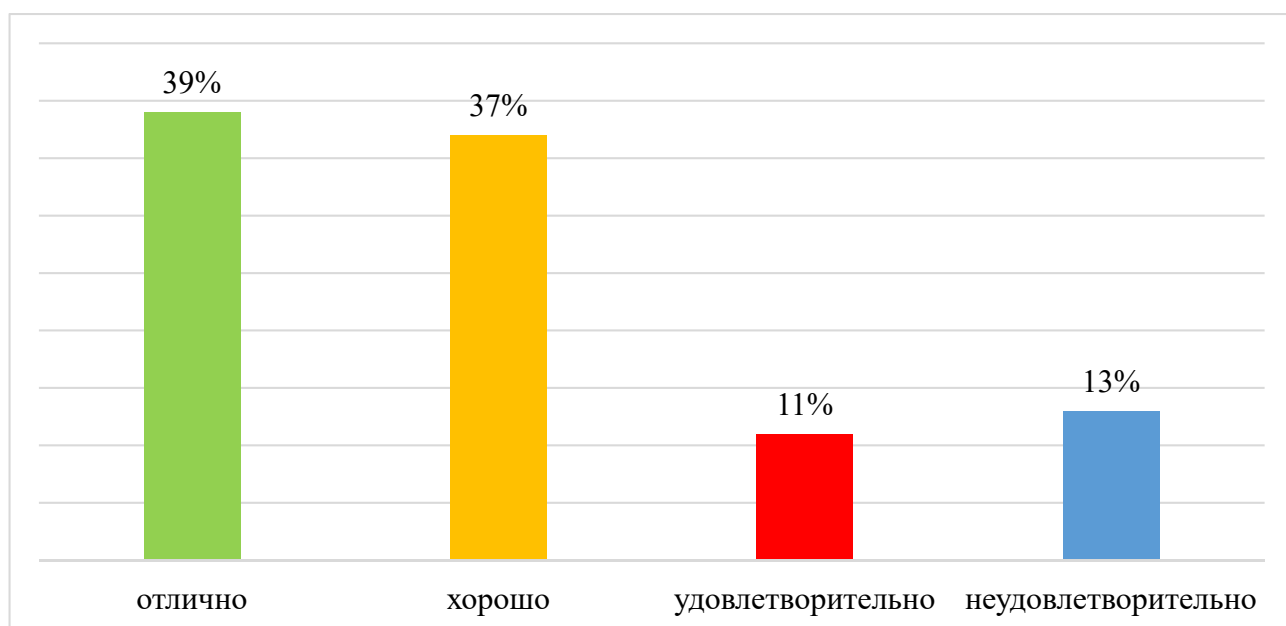


Рисунок 7 - Оценка пациентами уровня разъяснительной работы медицинских сестер

В современной паллиативной помощи специалисты уделяют большое внимание и стилю общения медицинских сестер. Независимо от состояния и сознания пациента необходимо проявлять уважение к его личности, учитывать его предпочтения, уделять ему достаточно времени и внимания, информировать о ходе лечения, медицинских процедурах и манипуляциях. В таблице 9 представлены ответы пациентов на вопрос: «Какой стиль общения медицинских сестер преобладает в отделении?». Как видно из таблицы большинство пациентов (69%) отметили доброжелательный стиль общения медицинских сестер. Однако 10% пациентов считают медсестер безразличными (рисунок 8).

Таблица 9 - Стиль общения медицинских сестер

Стиль общения медицинских сестер	Количество пациентов	
	Абс.	%

Деловой	10	10
Приказной	5	5
Доброжелательное	69	69
Безразличный	10	10
Иное	6	6
Всего	100	100

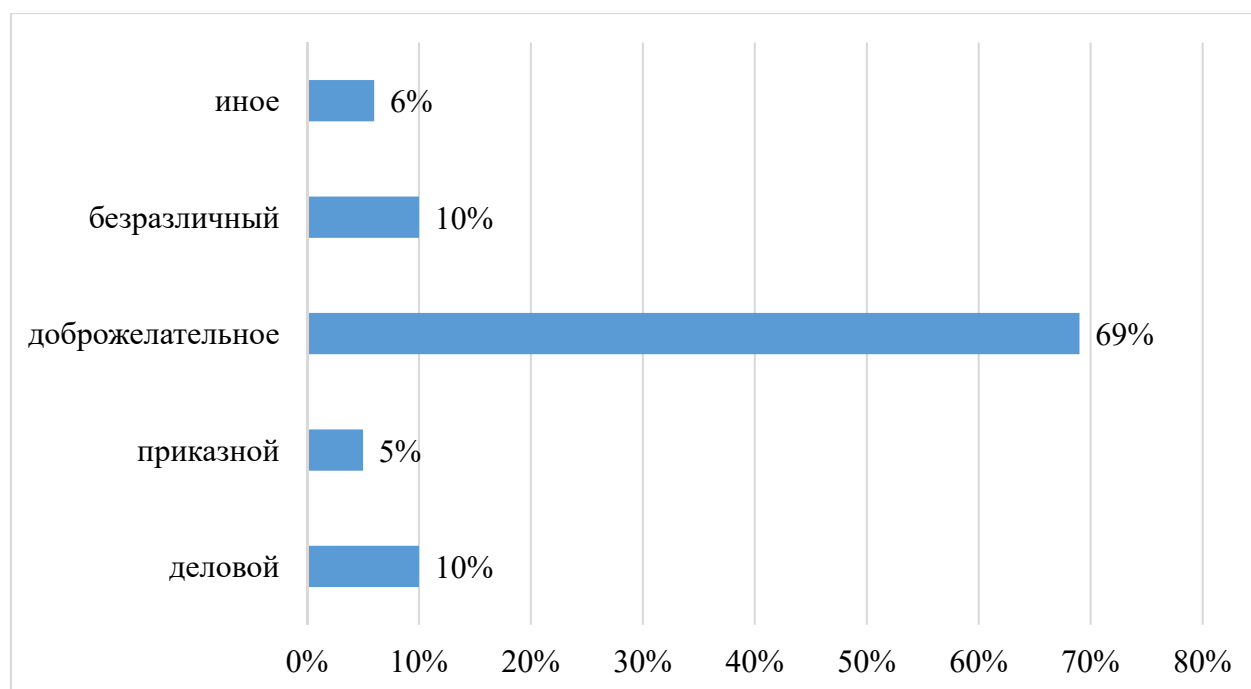


Рисунок 8 - Стиль общения медицинских сестер

Общим для всех пациентов паллиативных клиник является наличие психо-эмоционального стресса, что значительно ухудшает качество жизни. Причинами такого состояния являются: прогрессирование болезни, нарастающая немощность, страх боли, смерти, осознание неблагоприятного исхода, проблемы в семье, потеря работы, социального положения, роли в семье, чувство изоляции, незавершенные личные и финансовые дела, переживания за членов семьи, религиозные проблемы и др. Неоспорима роль психологической поддержки пациентов на этом этапе.

Однако, как показали результаты опроса, 5% пациентов отметили, что никогда не получали психологической поддержки от медицинских сестер. 19% - данный вид помощи получали иногда, 76% - всегда либо в большинстве случаев (таблица 10, рисунок 9).

Таблица 10 - Психологическая поддержка пациентов паллиативных клиник

Частота получения психологической поддержки от медицинских сестер	Количество пациентов
---	----------------------

	Абс.	%
Никогда	5	5
Иногда	19	19
В большинстве случаев	40	40
Всегда	36	36
Всего	100	100

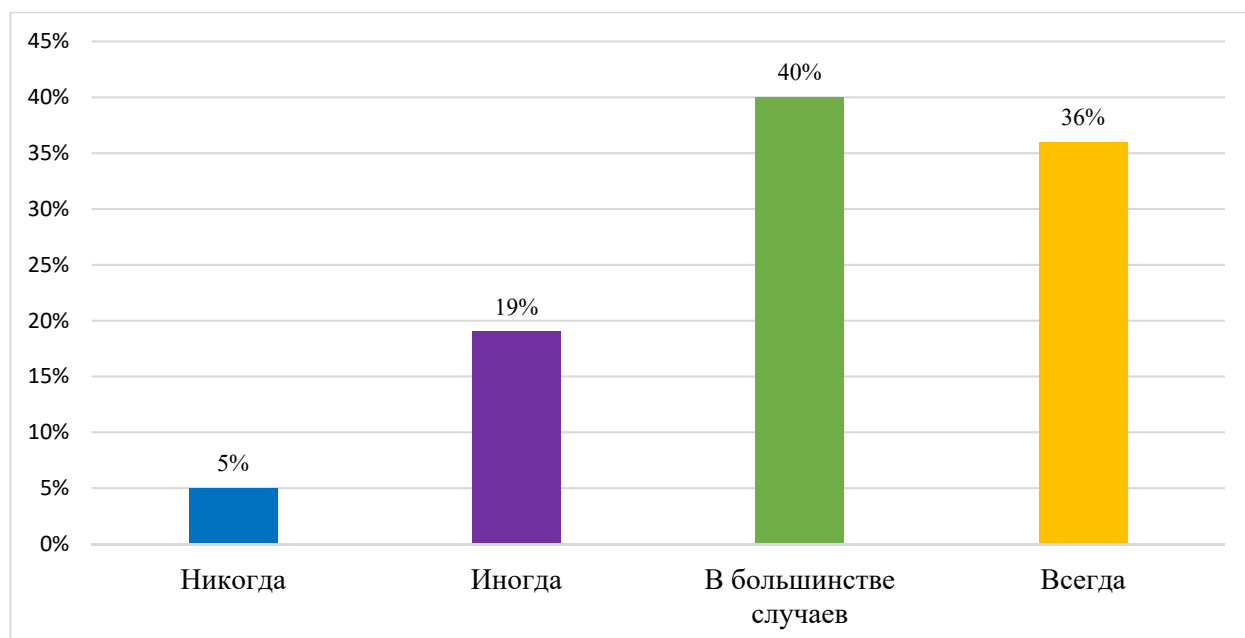


Рисунок 9 - Психологическая поддержка пациентов, оказываемая медсестрами паллиативных клиник

Для оказания эффективной психологической помощи, по мнению пациентов, медицинским сестрам необходимы следующие качества: 33% отмечают, что медсестрам не хватает профессионализма в этой области; 29 % считают, что для оказания психологической помощи медсестра недостаточно доброжелательные; 20% - недостаточно сострадания и милосердия, а 9% отметили, что медработники не заинтересованы в каждом пациенте (таблица 11, рисунок 10).

Таблица 11 - Навыки, необходимые медсестрам для оказания эффективной психологической помощи (по мнению пациентов)

Необходимые навыки	Количество пациентов	
	Абс.	%
Профессионализм	33	33
Заинтересованность в каждом пациенте	9	9
Сострадание и милосердие	20	20
Доброжелательность	29	29

Другое	9	9
Всего	100	100

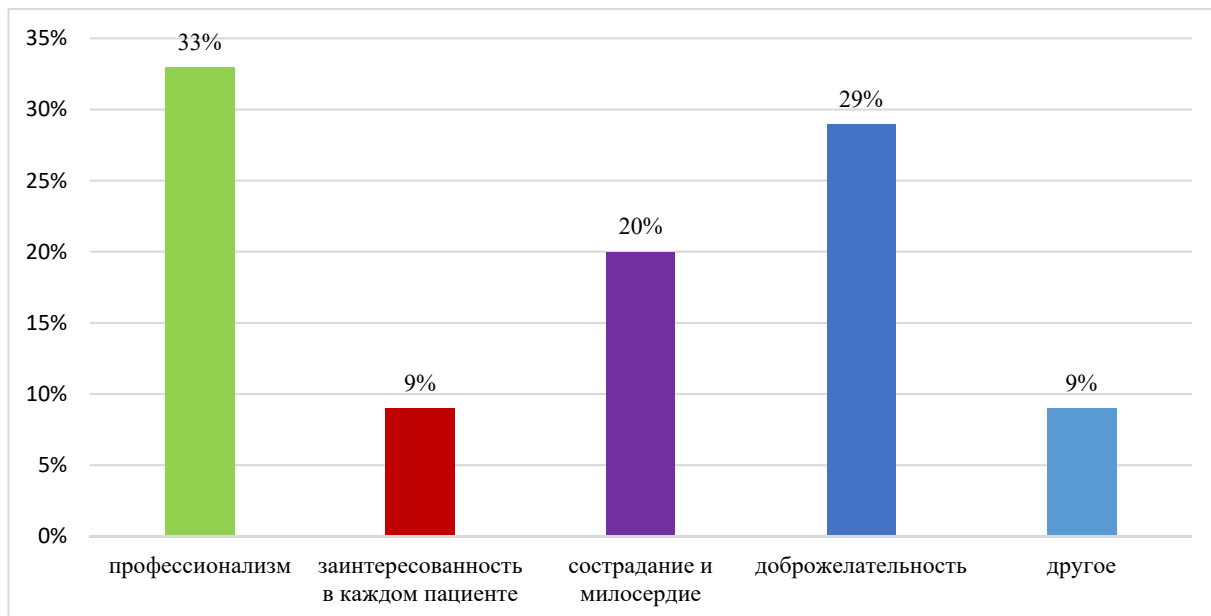


Рисунок 10 - Навыки, необходимые медсестрам для оказания эффективной психологической помощи (по мнению пациентов)

Вместе с тем, в общем удовлетворены навыками общения медсестры 75% респондентов, неудовлетворены 12%, затруднились ответить 13% (таблица 12, рисунок 11).

Таблица 12 - Удовлетворенность пациентов навыками общения медсестры

Удовлетворенность навыками общения	Количество пациентов	
	Абс.	%
Да	75	75
Нет	12	12
Затрудняюсь ответить	13	13
Всего	100	100

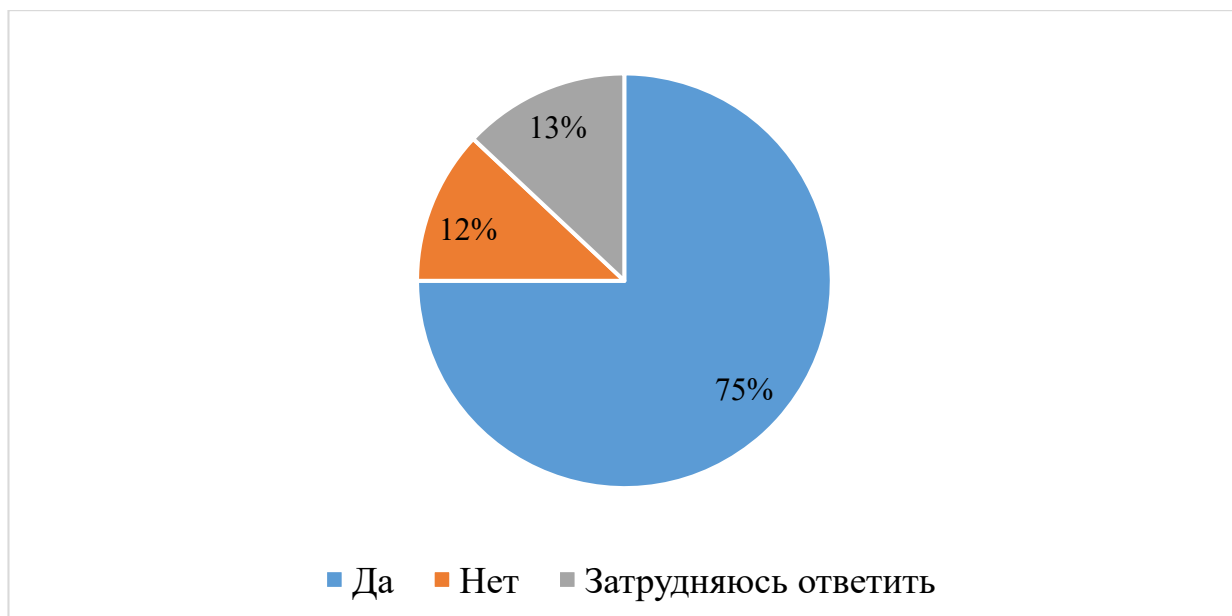


Рисунок 11 - Удовлетворенность пациентов навыками общения медсестры

При этом настораживает тот факт, что 28% пациентов ответили, что сталкивались с черствостью медсестер, а 20% затруднились с ответом на вопрос: «Часто ли Вы сталкиваетесь с равнодушием, черствостью со стороны медсестер?» (таблица 13, рисунок 12).

Таблица 13 - Результаты ответов пациентов на вопрос «Часто ли Вы сталкиваетесь с равнодушием, черствостью со стороны медсестер?»

Ответы пациентов	Количество пациентов	
	Абс.	%
Да	28	28
Нет	52	52
Затрудняюсь ответить	20	20
Всего	100	100

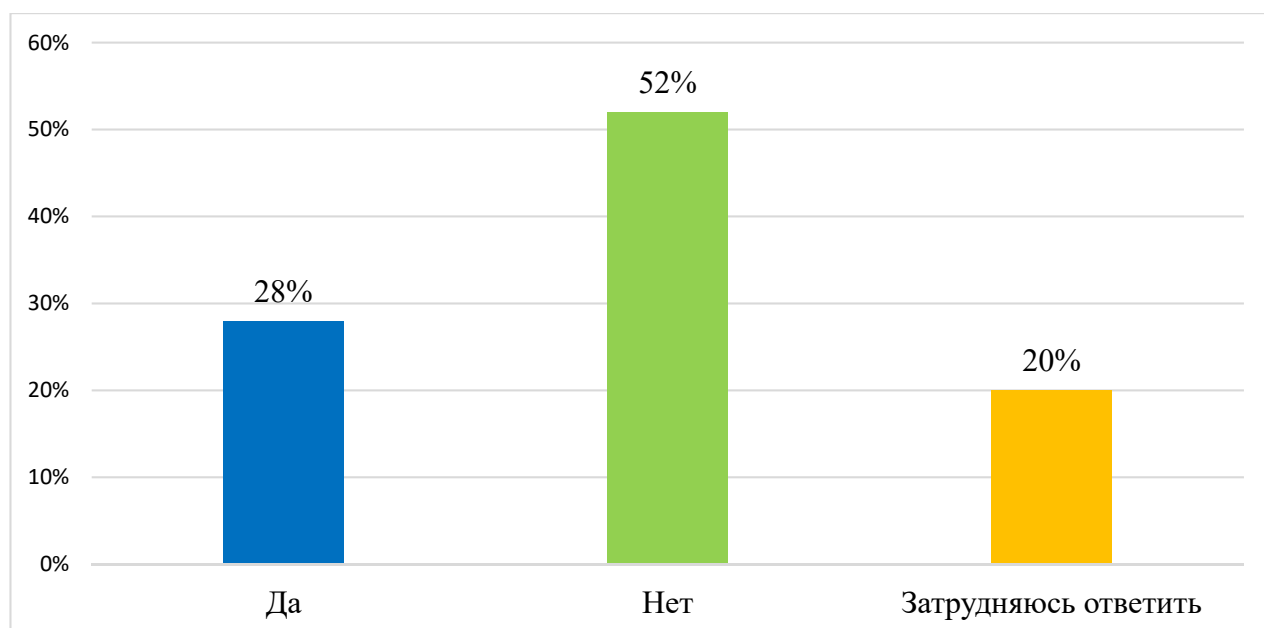


Рисунок 12 - Результаты ответов пациентов на вопрос «Часто ли Вы сталкиваетесь с равнодушием, черствостью со стороны медсестер?»

В нашем исследовании мы также изучали частоту конфликтов пациентов со средним медицинским персоналом. В таблице 14 и на рисунке 13 представлены результаты по данному вопросу. Настораживает тот факт, что почти треть пациентов затруднились ответить на вопрос о наличии конфликтов с медсестрой, возможно из – за страха (таблица 14, рисунок 13).

Таблица 14 - Конфликты пациентов с медсестрами

Наличие конфликта	Количество пациентов	
	Абс.	%
Да	11	11
Нет	59	59
Затрудняюсь ответить	30	30
Всего	100	100

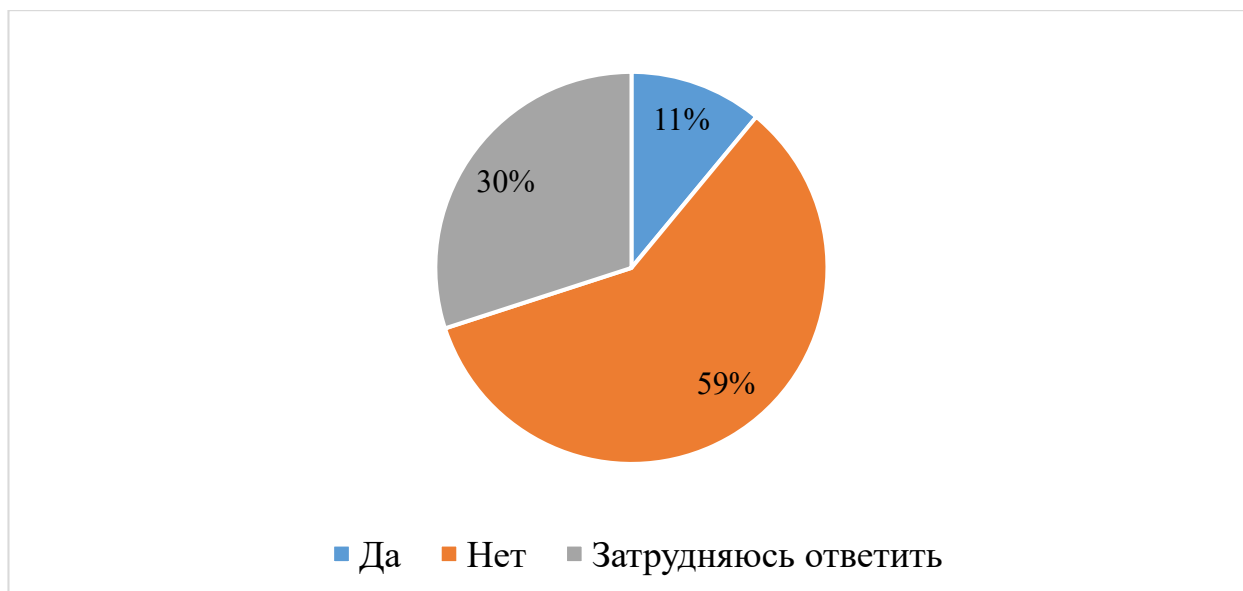


Рисунок 13 - Конфликты пациентов с медсестрами

Основные причины конфликтной ситуации с медсестрой представлены в таблице 15 и рисунке 14. Анализ показал, что основными причинами конфликтов являются невнимательность (26%) и равнодушие (21%).

Таблица 15 - Причины конфликтной ситуации с медсестрой

Причины конфликтной ситуации с медсестрой	Количество пациентов	
	Абс.	%
Грубость	11	11
Невнимательность	26	26
Равнодушие	21	21
Медлительность	14	14
Плохое исполнение профессиональных обязанностей	14	14
Отсутствие милосердия	12	12
Недоброжелательность	0	0
Отсутствие отзывчивости	2	2
Всего	100	100

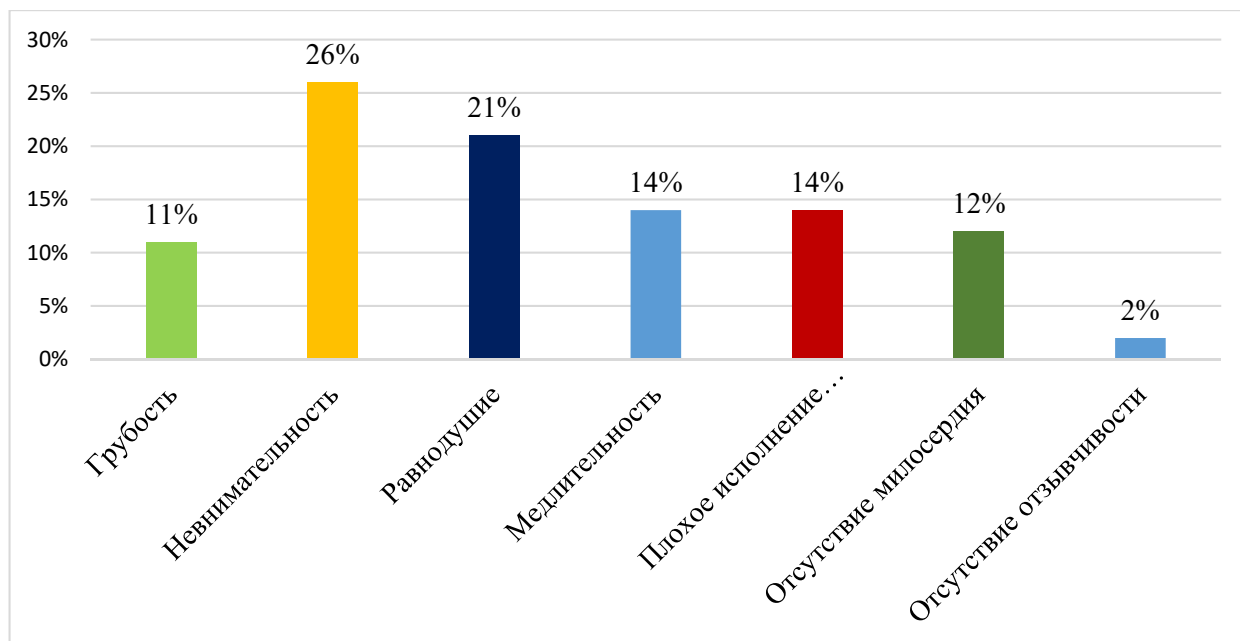


Рисунок 14 - Причины конфликтной ситуации с медсестрой

В решение конфликтной ситуации между пациентом и медсестрой, как правило, привлекались администрация (64%), родственники пациентов (21%), никого не привлекали (15%). Необходимо отметить, что к решению конфликтной ситуации психологи не привлекались (как отметили пациенты). 28% пациентов считают, что медсестра недостаточно уделяет времени пациенту (рисунок 15).

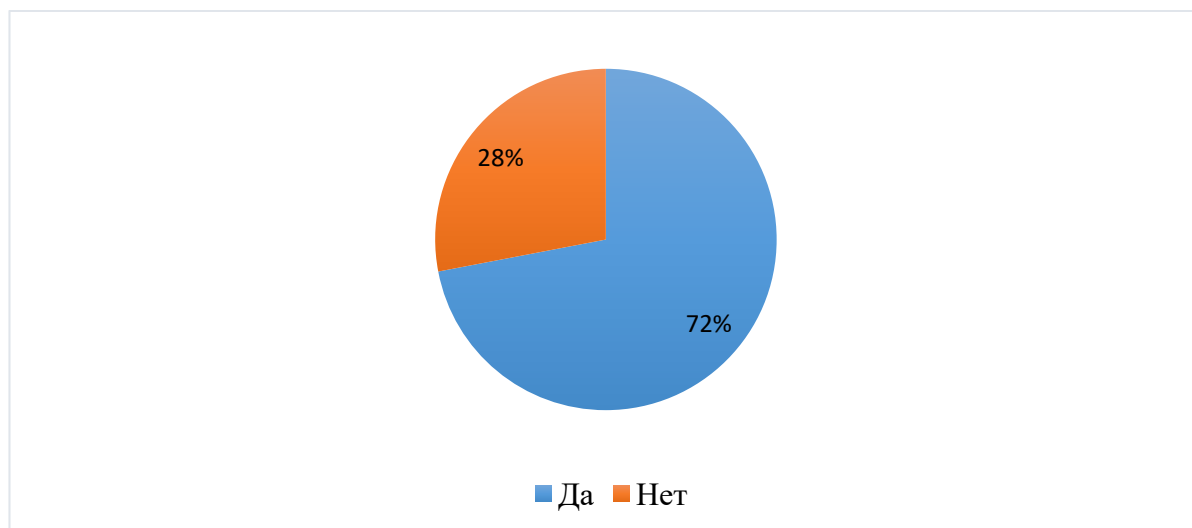


Рисунок 15 - Ответы пациентов на вопрос «Достаточно ли времени уделяет медсестра пациенту»

Как отмечают специалисты, медико–социальная помощь пожилым людям, а особенно нуждающимся в паллиативной помощи, основывается на достойных

условиях жизни и смерти. При этом качество жизни будет зависеть от многочисленных факторов, которые можно объединить в следующие группы:

1) проблемы медицинского ухода и жизнеобеспечения (управление болью, уход за ранами, гигиенический уход, питание и т. п.);

2) социальные проблемы (финансовые средства на приобретение лекарств, средств ухода, взаимоотношения с родственниками, вопросы опекунов и ухода, условий комфортного пребывания и т. п.);

3) психологические проблемы (эмоциональное выгорание и усталость родственников, депрессивные состояния, суицидальные мысли, страхи, агрессия, злость и т. п.);

4) морально-этические проблемы (вопросы подготовки к смерти, принятие ситуации неизбежности смерти и т. п.);

5) юридические проблемы (оформление инвалидности, отпуска по уходу за больным родственником, вопросы наследства и завещания и т.п.). В нашем исследовании пациентам было предложено ранжировать вышеуказанные проблемы по степени значимости. Результаты ранжирования проблем пациентов паллиативных центров приведены в таблице 16.

Таблица 16 - Результаты ранжирования проблем пациентов паллиативных центров

Проблемы пациентов	Количество пациентов (%)					Итоговый ранг
	I ранг	II ранг	III ранг	IV ранг	V ранг	
Медицинские	85	10	5	-	-	I
Социальные	30	45	15	5	5	II
Психологические	20	20	55	2	3	III
Морально - этические	-	-	15	80	5	IV
Юридические	7	10	10	10	63	V

Таким образом, наиболее высокие ранги занимают медицинские и социальные проблемы. Наше исследование также позволило выделить основные факторы, определяющие качество жизни пациентов паллиативного профиля:

- физическое состояние пациента (наличие боли, способность к самообслуживанию, двигательная активность и т.д.);
- психическое состояние пациента (тревога, депрессия и др.);
- духовное состояние пациента (страх смерти и расставания с близкими и др.);
- социальное благополучие пациента (забота родственников, социальная помощь).

Оценка пациентами профессионального уровня подготовки медицинских сестер включало следующий вопрос «Удовлетворены ли Вы тем, как медсестра выполняет назначения врача?».

Более 80% опрошенных были удовлетворены выполнением медсестрами своих профессиональных функций (рисунок 16).

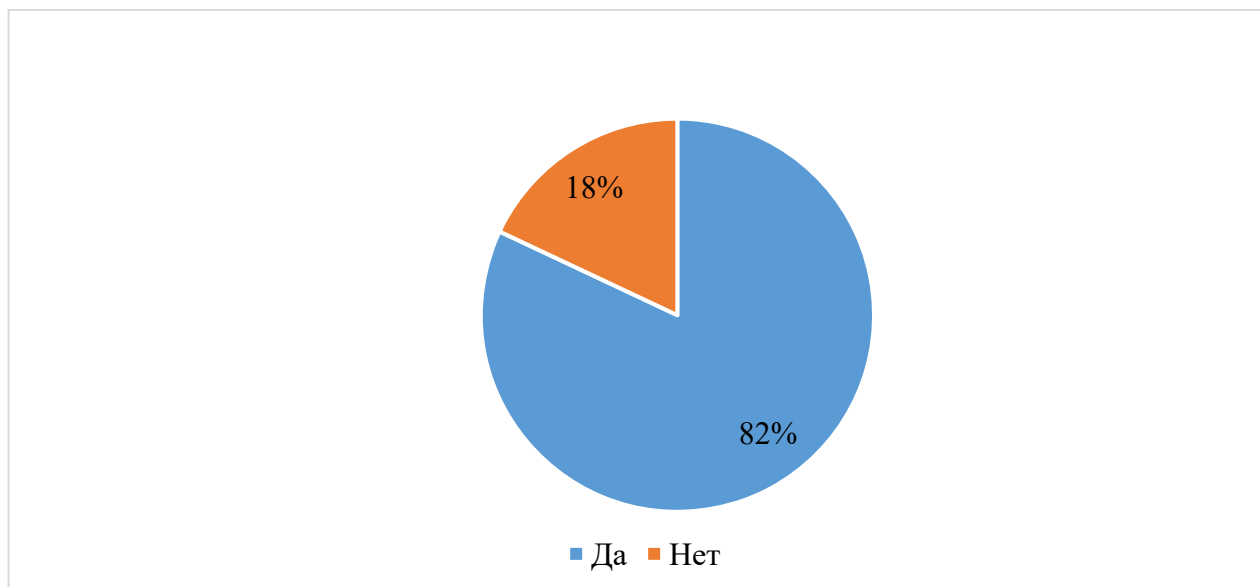


Рисунок 16 - Удовлетворенность пациентов выполнением медсестрами своих профессиональных функций

Оценка качества работы медицинской сестры по 5 бальной системе, данная пациентами паллиативных клиник, представлена в таблице 17. Как видно из таблицы, 45% оценивают работу медицинской сестры на «отлично».

Таблица 17 - Оценка качества работы медицинской сестры

Оценка качества работы медицинской сестры	Количество пациентов	
	Абс.	%
Очень плохо	2	2
Неудовлетворительно	4	4
Удовлетворительно	28	28
Хорошо	21	21
Отлично	45	45
Всего	100	100

--	--	--

Актуальным в ведении паллиативных пациентов остается вопрос своевременного и адекватного купирования боли. К сожалению, только 76% опрошенных респондентов указали, что болевые симптомы у них были своевременно сняты (таблица 18).

Таблица 18 - Оценка пациентами купирования болевого симптома

Оценка пациентами купирования болевого симптома	Количество пациентов	
	Абс.	%
Своевременно и адекватно	76	76
Не эффективно	24	24
Всего	100	100

На вопрос о том, знакомит ли Вас медсестра с листом назначения процедур, 27% ответили, что нет (таблица 19).

Таблица 19 - Результаты ответов пациентов на вопрос: «Знакомит ли Вас медсестра с листом назначения процедур?»

Варианты ответов пациентов	Количество пациентов	
	Абс.	%
Да	73	73
Нет	27	27
Всего	100	100

С правилами приема лекарств, сдачи анализов и других назначений врача знакомят пациентов только 73% медицинских сестер.

В целом удовлетворены качеством работы медсестер только 81% опрошенных, при этом 53% оценивают работу медсестер как хорошую, 23% - как удовлетворительную, 24% считают, что работа медсестер не удовлетворительная.

Интерес представляют мнения пациентов о причинах неудовлетворительной работы медицинских сестер. Так, 43% пациентов считают, что низкое качество работы медсестер связано с большой нагрузкой, 29% - с низкой оплатой труда, только 6% отметили низкий уровень профессиональных знаний и умений (таблица 20).

Таблица 20 - Мнения пациентов о причинах неудовлетворительной работы медицинских сестер

Причина	Количество пациентов	
	Абс.	%
Низкий уровень профессиональных знаний и умений	6	6
Большая нагрузка на медсестер	43	43
Низкая оплата труда	29	29
Другое	22	22
Всего	100	100

Кроме того, к факторам, отрицательно влияющим на качество труда медсестер, пациенты относят низкий уровень мотивации (24%), недостаточное материально-техническое оснащение (29%), низкую материальную заинтересованность (17%). Результаты представлены в таблице 21.

Таблица 21 - Основные факторы, отрицательно влияющие на качество труда медсестер

Факторы	Количество пациентов	
	Абс.	%
Недостаточное материально-техническое оснащение	29	29
Большая нагрузка на медсестер	36	36
Низкая материальная заинтересованность	17	17
Низкий уровень мотивации	24	24
Всего	100	100

В таблице 22 представлены предложения пациентов по улучшению качества сестринской помощи.

Основными предложениями стали: добросовестно относиться к труду, обучение медсестер навыкам рационального распределения рабочего времени и психологии общения с пациентами и коллегами, а также повышение престижа профессии и заработной платы медсестер.

Таблица 22 - Предложения пациентов по улучшению качества сестринской помощи

Предложения	Количество пациентов	
	Абс.	%
Обучить медсестер психологии общения с коллегами	15	15
Обучить медсестер психологии общения с пациентами	10	10

Добросовестно относиться к труду	21	21
Обучить медсестер навыкам рационального распределять рабочее время	17	17
Повысить престиж профессии медсестер	13	13
Улучшить материально - техническое оснащение	4	4
Увеличить число медсестер	1	1
Усилить контроль над работой медсестер	0	0
Повысить зарплату	11	11
Повысить уровень мотивации	8	8
Всего	100	100

Таким образом, в ходе опроса пациентов были выявлены следующие основные особенности и тенденции развития паллиативной медицинской помощи пожилым людям в РК:

- слабая взаимосвязь между пациентами, их близкими, медицинскими работниками, психологами и социальными работниками;
- отсутствие системы подготовки медицинских специалистов паллиативной службы;
- слабая психологическая и социальная поддержка пациентов и их близких;
- слабая мотивация медицинских сестер для работы в паллиативных центрах.

Повышение эффективности и доступности качественной паллиативной помощи возможно при условии усиления межведомственного взаимодействия и включения в систему помощи больным паллиативного профиля не только медицинских работников, но и психологов, специалистов по социальной работе. Комплексная система должна включать в себя оказание поддержки и консультирование родственников и персонала, осуществляющих уход за инкурабельными больными.

3.2 Результаты анализа социологического опроса медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь

В социологическом опросе приняли участие медицинские сестры трех паллиативных центров РК. Распределение респондентов по паллиативным клиникам представлено в таблице 23.

Таблица 23– Распределение медицинских сестер по клиникам

Наименование организации	Количество медицинских сестер
ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи»	16

г.Алматы	
ГКП на ПХВ «Многопрофильный Медицинский центр (отделение паллиативной помощи)» г.Астана	63
ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева. (отделение паллиативной помощи)» г.Шымкент	41
Итого	120

Среди опрошенных средних медицинских работников мужчины составили 19,2% (n=23), женщины 80,8% (n=97) (таблица 24).

Таблица 24 - Распределение респондентов по полу

Пол	Количество	
	Абс.	%
Мужской	23	19,2
Женский	97	80,8
Всего	120	100

40% участников имели возраст от 20 до 30 лет, 25% - от 31 до 40 лет. Таким образом, 65% работающих в паллиативных центрах, это лица более молодого возраста (таблица 25).

Таблица 25 - Распределение средних медицинских работников по возрасту

Возраст	Количество средних медицинских работников	
	Абс. число	%
20-30	48	40
31-40	30	25
41-50	15	12,5
51-60	16	13,3
старше 60	11	9,2

Всего	120	100

Информация по образованию средних медицинских работников представлена в таблице 26. Согласно представленным данным, 55% имеют среднее специальное образование, 45% - высшее образование.

Таблица 26 - Образование средних медицинских работников паллиативных центров

Образование	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Среднее специальное	55	45,8
Прикладной бакалавриат	31	25,8
Академический бакалавриат	18	15
Высшее	16	13,4
Всего	120	100

При анализе общего стажа работы выявлено, что 25% респондентов работают по своей специальности 25 и более лет. Только 9,2% имели стаж работы до 5 лет (рисунок 17).

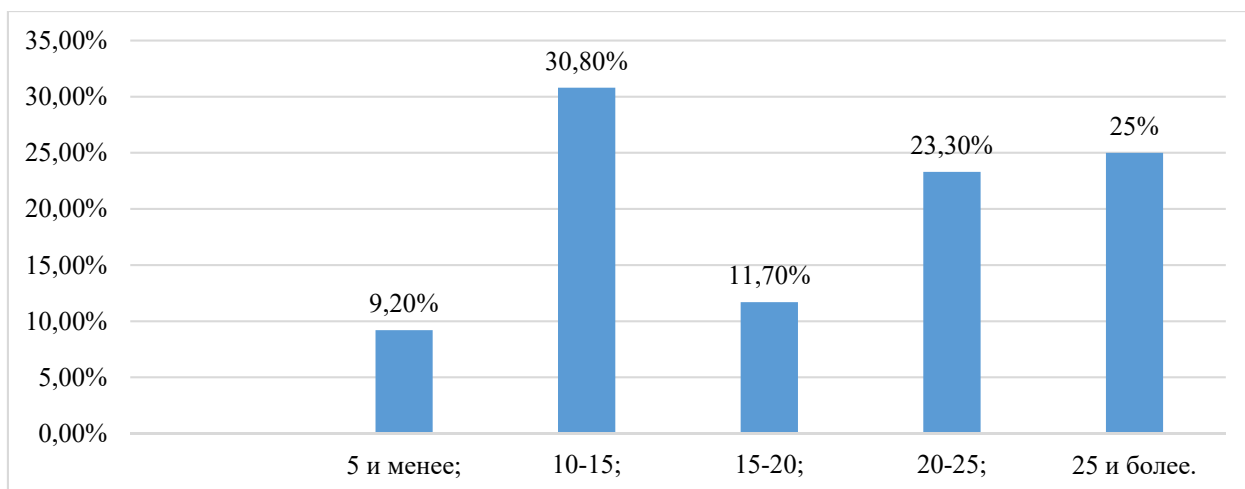


Рисунок 17 - Распределение медицинских работников по общему стажу работы

Проблемы мотивации, психологического и профессионального благополучия медсестре остаются актуальными для исследований. Это связано с важной социальной ролью медсестер в борьбе за жизнь пациентов, их высокой ответственностью, напряженным и интенсивным трудом, психоэмоциональной нагрузкой. Особое место занимают работники паллиативных центров, хосписов и других организаций, оказывающих паллиативную помощь. Помощь пациентам таких клиник носит комплексный характер, включает медицинскую, социальную, психологическую, духовную и юридическую поддержку. В этой связи интерес вызывают особенности мотивации медицинских сестер, паллиативных клиник.

Согласно нашим данным, почти 30% участников опроса отметили, что материальный доход является стимулом к работе. 19,2% указали, что работают, потому что «надо». Только 12,5% медицинских сестер работают, потому что нравится оказывать моральную помощь. Кроме того, 24,2% - имеют другие мотивы (таблица 27, рисунок 18).

Таблица 27 - Мотивация к работе медицинских сестер

Мотивация к работе	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
1	2	3
Материальный доход	35	29,2
Работаю, потому что нравится оказывать моральную помощь	15	12,5
Близкое расположение медицинской организации к дому	18	15
Не нравится, но работать надо	23	19,2
Другое	29	24,2
Всего	120	100



Рисунок 18 - Мотивация к работе медицинских сестер

На мотивацию и эффективность работы медицинских сестер оказывают влияние условия работы, которые мы предложили оценить участникам исследования. 43,3% участников оценили условия работы на отлично, 21,7% - удовлетворительно, 20% - неудовлетворительно (таблица 28).

Таблица 28 - Оценка условий работы

Оценка условий работы	Количество средних медицинских работников	
	Абс	%
Отлично	51	43,3
Хорошо	19	15
Удовлетворительно	26	21,7
Неудовлетворительно	24	20
Всего	120	100

В общении с коллегами 44,2% (n = 53) имеют трудности, при этом 37,5% (n = 45) затруднились ответить на поставленный вопрос (таблица 29).

Таблица 29 - Трудности в общении с коллегами

Трудности в общении с коллегами	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Имеют	53	44,2
Не имеют	22	18,3
Затруднились с ответом	45	37,5
Всего	120	100

На вопрос о наличии трудностей в общении с пациентами 37,5% (n =45) медсестер ответили положительно. Настораживает тот факт, что 30% (n =36) затруднились с ответом (таблица 30).

Таблица 30 - Трудности в общении с пациентами

Трудности в общении с пациентами	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Имеют	45	37,5
Не имеют	39	32,5
Затруднились ответить	36	30
Всего	120	100

Удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи во многом зависит от полноты объема оказываемой помощи. Согласно опросу самих медицинских сестер, только 37,5% (n=45) отметили, что помощь пациентам оказывается в полном объеме (таблица 31). При этом 30% (n =36) затруднились ответить.

Таблица 31 - Помощь пациентам

Помощь пациентам	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Оказывается в полном объеме	45	37,5

Оказывается не в полном объеме	39	32,5
Затруднились ответить	36	30
Всего	120	100

Регулярное обучение медицинских сестер, развитие навыков паллиативной помощи имеют большое значение для повышения качества оказываемой помощи. Мы так же выясняли процесс обучения медицинских сестер в нашем исследовании. Анализ результатов исследования показал, что вопросам паллиативной помощи обучались только 41,7% (n =50) респондентов, при этом затруднились ответить 26,6 (n =36). Данные по вопросам обучения навыкам паллиативной помощи представлены в таблице 32.

Таблица 32 - Обучение медицинских сестер навыкам паллиативной помощи

Обучение на курсах повышения квалификации	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Прошли обучение	50	41,7
Не прошли обучение	38	31,7
Затруднились ответить	32	26,6
Всего	120	100

Несмотря на то, что в мультидисциплинарной команде предполагается работа психолога, всем специалистам, включая медсестер, нужны хорошие коммуникативные навыки, умения для ведения сложных разговоров в донесении болезненной информации до подопечных и их семей, а также для поддержки и предупреждения «синдрома профессионального выгорания».

Высокий уровень тревожности и депрессии в работе медицинских сестер довольно частое явления. Работа с экзистенциальными вопросами, возникающими у подопечных хосписа и их родных, требует знания в области психологии, психиатрии, навыки самообладания, профессиональной этики и др.

Психологические аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры, оказывавшего паллиативную помощь, включены в обучающие программы для медицинских сестер. В своем исследовании мы изучали, на сколько медсестры владеют знаниями и навыками по вопросам психологической помощи. Анализ показал, что только 31,7% опрошенных

считают, что владеют указанными навыками (способностью оказывать психологическую поддержку паллиативным пациентам и их родственникам, отношение к смерти, поддержка умирающего, профилактика профессионального выгорания). Настораживает тот факт, что 38,3% опрошенных затруднились ответить. Результаты опроса представлены в таблице 33.

Таблица 33 - Владение навыками психологической паллиативной помощи

Владение навыками психологической паллиативной помощи	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Владеют	38	31,7
Не владеют	36	30
Затруднились ответить	46	38,3
Всего	120	100

На качество жизни пациентов паллиативных центров не маловажную роль также оказывает материально-техническое обеспечение в отделении. Оценку материального обеспечения медицинские сестры сделали следующую: на хорошо материально-техническое обеспечение оценили 40,8% (n=49) медсестер, удовлетворительно – 39,2% (n=47), не удовлетворительно – 20% (n=24) (таблица 34).

Таблица 34 - Оценка материально-технического обеспечения в отделении

Оценка материально-технического обеспечения в отделении	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Хорошо	49	40,8
Удовлетворительно	47	39,2
Не удовлетворительно	24	20
Всего	120	100

Участие медицинских сестер в обучении родственников пациентов паллиативных клиник является одним из обязательных видов их профессиональной деятельности. К сожалению, только 19,2% (n=23)

опрошенных медицинских сестер указали, что проводят такую работу (таблица 35).

Таблица 35 - Обучение родственников пациентов паллиативных клиник навыкам ухода за больным

Обучение родственников пациентов паллиативных клиник навыкам ухода за больным	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Проводят обучение	23	19,2
Не проводят обучение	97	80,8
Всего	120	100

Влияние стресса на рабочем месте на отношения с коллегами отметили 31,7% медицинских сестер, при этом достаточно большое количество (24,1%) опрошенных затруднились ответить (рисунок 19).



Рисунок 19 - Результаты ответов медицинских сестер на вопрос о влиянии стресса на их отношения с коллегами

Результаты ответов медицинских сестер о влиянии стресса на отношения с пациентами представлены на рисунке 20. Только 22,5% указали, что стресс влияет на их отношения с пациентами, но, при этом, 37,5% затруднились ответить.



Рисунок 20 - Результаты ответов медицинских сестер на вопрос о влиянии стресса на их отношения с пациентами

На вопрос, что является стимулом к работе, медицинские сестры почти в половине случаев выделили заработную плату. Только 19,2 % отметили общение с пациентами, а 16,6% - другое (таблица 36).

Таблица 36 - Стимулы к работе медицинских работников

Стимулы к работе	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Коллектив	18	15
Зарплата	59	49,2
Общение с пациентами	23	19,2
Другое	20	16,6
Всего	120	100

Однако, только 44,2% медицинских сестер удовлетворены своим финансовым положением (рисунок 212).



Рисунок 21 - Удовлетворенность медсестер своим финансовым положением

В целом условия труда на рабочем месте устраивают около одной трети опрошенных медицинских сестер, при этом около 40% затруднились дать ответ (таблица 37).

Таблица 37 - Удовлетворенность условиями труда на рабочем месте

Удовлетворенность условиями труда на рабочем месте	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Удовлетворены	39	32,5
Не удовлетворены	31	25,8
Затруднились ответить	50	41,7
Всего	120	100

Оценивая занятость медсестер во время их смены, мы изучали, сколько времени в среднем у них уходит на общение с пациентами и их родственниками. Результаты анализа представлены в таблице 38. Как видно из таблицы, 22,5% опрошенных уделяют общению с родственниками менее 1 часа, а 25,8% - более 5 часов за смену.

Таблица 38 - Время, которое уделяют медсестры на общение с родственниками пациентов, в среднем, за смену

Время, которое уделяют медсестры на общение с родственниками пациентов, в среднем, за смену	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Меньше 1 часа	27	22,5
1 час	17	14,2
2-3 часа	21	17,5
3-5 часов	24	20
Больше 5 часов	31	25,8
Всего	120	100

На оформление медицинской документации у 28,3% участников исследования тратится менее одного часа за смену, при этом 12,5% отметили, что уделяют этому виду работы более пяти часов (рисунок 22). На основании данных можно сделать вывод, что оформление медицинской документации не загружает работу медицинских сестер.

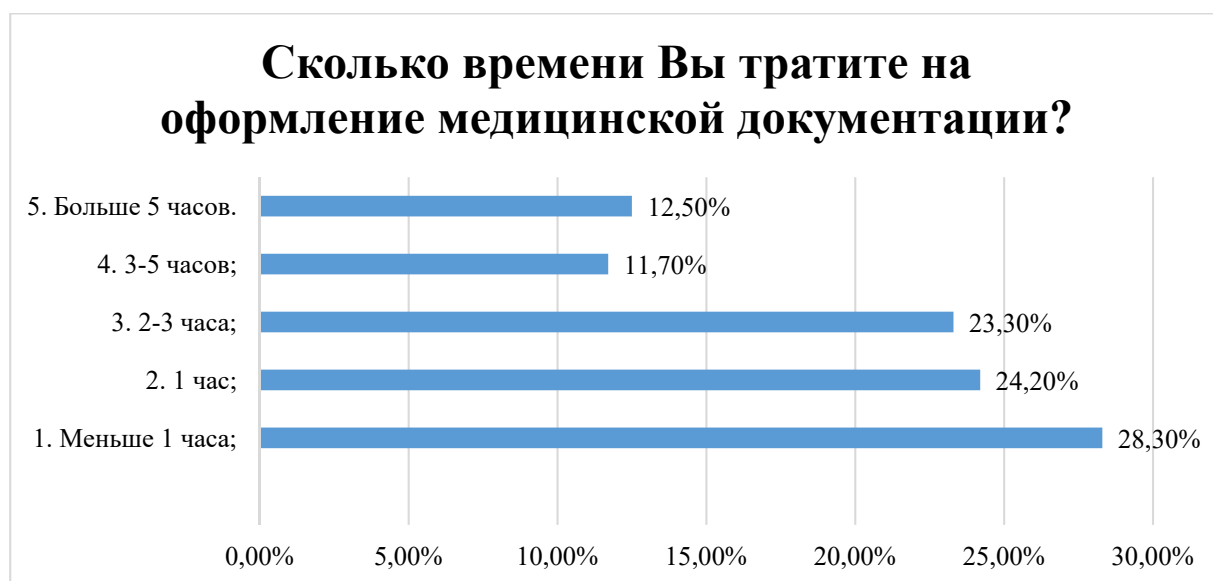


Рисунок 22 - Результаты ответов медицинских сестер на вопрос «Сколько времени вы тратите на оформление медицинской документации?»

Непосредственному уходу за пациентами, помимо медицинских манипуляций, в среднем у медицинских сестер за смену уходит не так уж много времени. Так, 30,8% опрошенных указали, что этому виду деятельности уделяют не более 20 минут за смену, и только 33,3% - более 45 минут (таблица 39).

Таблица 39 - Время, которое уделяют медсестры уходу за пациентами, в среднем, за смену (помимо медицинских манипуляций)

Время, которое уделяют медсестры непосредственному уходу за пациентами, в среднем, за смену	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Менее 20 минут	37	30,8
21-30 минут	14	11,7
31-45 минут	29	24,2
Более 45 минут	40	33,3
Всего	120	100

В целом, по мнению медсестер, более половины пациентов удовлетворены качеством сестринского ухода. В тоже время более трети опрошенных затруднились ответить на данный вопрос, считая, что удовлетворенность пациентов необходимо изучать регулярно в каждом отделении (таблица 40).

Таблица 40 - Удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода (мнение медицинских сестер)

Удовлетворенность пациентов качеством сестринского ухода	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Удовлетворены	61	50,8
Не удовлетворены	17	14,2
Затрудняюсь ответить	42	35
Всего	120	100

Интерес представляет мнение медицинских сестер о том, какие виды деятельности требуют особого внимания и улучшения. 30% считают, что следует обратить особое внимание общению с пациентами, 23,3% - выполнению сестринских манипуляций. Также улучшить следует такие виды

деятельности, как взаимоотношения с коллегами и санитарно-просветительская работа. Результаты представлены на рисунке 23.

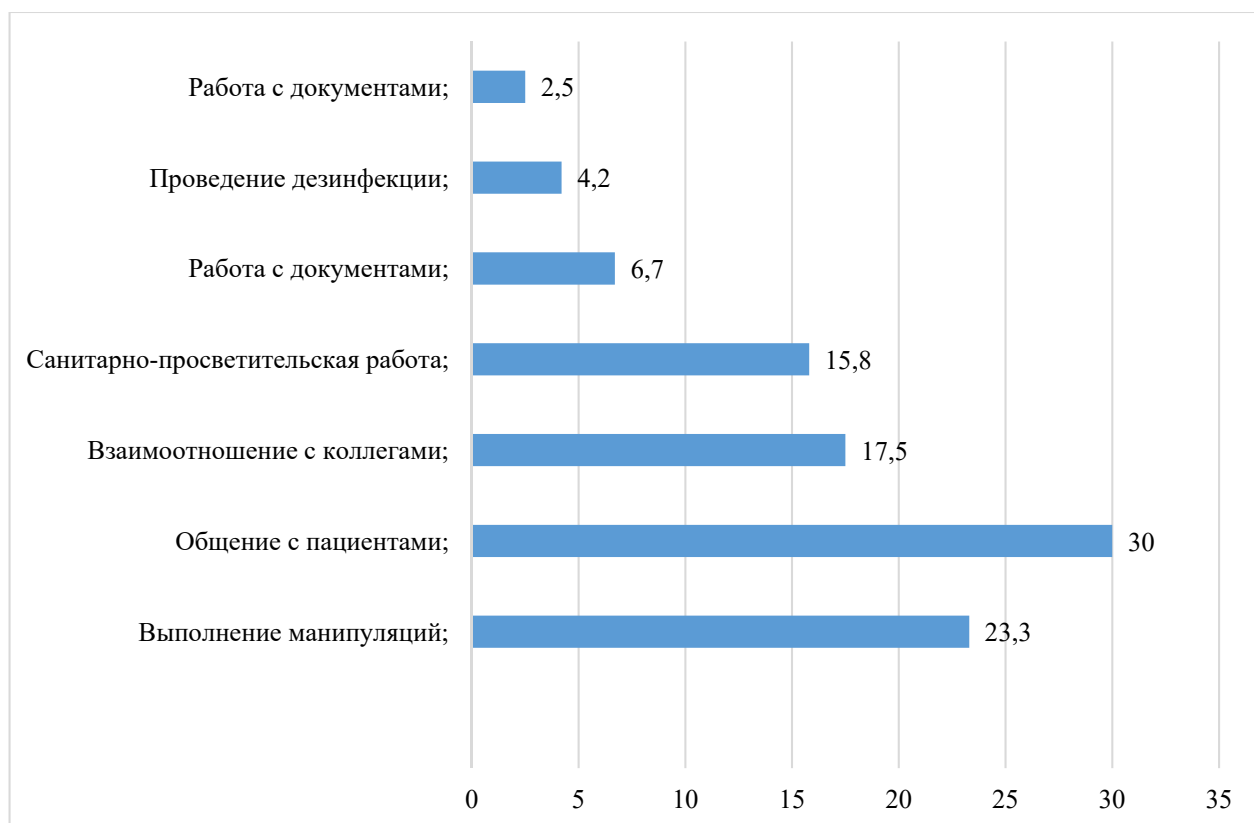


Рисунок 23 - Мнение медицинских сестер о том, какие виды деятельности требуют особого внимания и улучшения

Интерес также представляют ответы медицинских сестер о том, какие мероприятия используются для снижения эмоционального выгорания в их медицинской организации. Так 24,2% отметили, что в их организации имеется комнаты отдыха. Также медицинские организации используют тренажерный зал, бассейн, тренинги, консультации психолога и др., результаты представлены в таблице 41.

Таблица 41 - Меры по снижению эмоционального выгорания в медицинской организации

Меры по снижению эмоционального выгорания в медицинской организации	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
Бассейн	21	17,5
Тренажерный зал	18	15
Комнаты отдыха	29	24,2
Тренинги	14	11,6
Коллективные культурные и спортивные	9	7,5

мероприятия		
Санатории	18	15
Консультация психолога	5	4,2
Другое	6	5
Всего	120	100

Для изучения рабочей нагрузки медицинских сестер мы спрашивали о количестве пациентов, за которыми им приходится ухаживать в течении одной смены. Около 70% медицинских сестер указали, что нагрузка составляет 10 - 15 и более пациентов в смену, что говорит о достаточно высокой нагрузке для большинства средних медицинских работников паллиативных центров. Результаты опроса представлены в таблице 42.

Таблица 42 - Количество пациентов, за которыми ухаживают медицинские сестры за одну смену

Количество пациентов, за которыми ухаживают медицинские сестры за одну смену	Количество средних медицинских работников	
	Абс.	%
1-5 пациентов	21	17,5
5-10 пациентов	17	14,2
10-15 пациентов	37	30,8
Более 15 пациентов	45	37,5
Всего	120	100

При изучении вопроса о том, сколько времени за смену медсестра проводит вне отделения, нами выявлено, что 19,1% проводят вне отделения больше 5 часов, а 17,5% - 3-5 часов, что может свидетельствовать о нерациональном использовании рабочего времени (рисунок 24).



Рисунок 24 - Время, проводимое медсестрами вне отделения

Таким образом, опрос средних медицинских работников паллиативных центров показал, что более половины из них являются представителями молодого и среднего возраста, в основном имеют стаж работы более 5 лет, почти треть стимулированы материальным доходом в работе. Материально-техническое обеспечение в отделениях и условия работы в основном оцениваются на хорошо и удовлетворительно. Имеются проблемы с подготовкой медицинских сестер по вопросам паллиативной помощи, психо-социальной поддержки, организации рабочего времени, психо-эмоциональной устойчивости. Слабо проводится работа по обучению родственников паллиативных пациентов и по уходу за пациентами из-за высокой загруженности медсестер. Следует обратить особое внимание на навыки общения с пациентами и качеству выполнения сестринских манипуляций. Также необходимо улучшить такие виды деятельности, как взаимоотношения с коллегами и санитарно-просветительская работа. Кроме того, существует потребность в разработке критериев эффективности для оценки сестринской паллиативной помощи.

4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ПРОВЕДЕНИЯ ФОКУС-ГРУПП ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Качественные методы исследования играют важную роль в сестринской науке, обогащая наше понимание сестринской практики и профессионального опыта медицинских сестер. Они предоставляют возможность более глубокого изучения различных аспектов сестринской помощи, восприятия медицинскими сестрами своей работы и взаимодействия с пациентами (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34156356>).

Интервью, наблюдение, фокус-группы, анализ документов и феноменологический подход являются эффективными инструментами, которые позволяют исследователям получить глубокое и детальное понимание сестринской практики. Эти методы позволяют собрать ценную информацию о взглядах, опыте, мнениях и стратегиях медицинских сестер, а также о влиянии их работы на пациентов и их благополучие (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35717181/>).

Нами было проведено интервьюирование 15 пациентов на основе метода «фокус-группа», были заданы следующие вопросы:

1. Созданы ли Вам условия для нахождения в данной клинике?

Мнения пациентов по данному вопросу разделились. Более половины пациентов отметили, что изменение местоположения медицинской организации и ее переезд за город создали неудобства для посещения родственниками. Однако, среди пациентов также были те, которым нравилось удаленное расположение медицинской организации от города.

Пациент, 52 года: «Нам было удобно в городе как раньше, возле онкологической больницы, сейчас нам неудобно, потому что очень далеко от города, родственникам неудобно навещать нас. Питание не нравится».

2. Как Вы считаете хорошо ли выполняют свою работу медсестра, не грубят ли они вам, выполняют ли вовремя ваши назначения врача?

Большинство пациентов отметили, что есть некоторые проблемы с уровнем вежливости и этики медицинских сестер, иногда они позволяют себе грубить пациентам. Однако, что касается профессиональных навыков, никаких пререканий со стороны пациентов не было.

Пациент, 59 лет: «Медсестры не очень вежливы, немного грубоваты, опаздывают на работу. Внешний вид тоже не устраивает, медсестры ходят в помятой форме».

3. Возникали ли у Вас конфликтные ситуации с медсестрами?

В целом, пациенты выразили удовлетворение по работе медицинских сестер, и как уже упоминалось ранее, не было негативных отзывов о их работе. Однако, возникали конфликтные ситуации из-за некоторых случаев грубости со стороны отдельных медицинских сестер.

Пациент, 48 лет: «Не было таких случаев, медсестра знает свою работу, и если что-то не понятно объясняли»

4. Что бы Вы хотели рекомендовать руководству чтобы улучшить качество работы медсестры?

подавляющее большинство пациентов рекомендуют руководству проявлять заботу о медицинских сестрах, стимулируя их высоким уровнем заработной платы. Это особенно важно учитывая физическую и эмоциональную нагрузку, с которой сталкиваются медицинские сестры в предоставлении паллиативной помощи, которая отличается от других видов медицинской помощи.

Пациент, 46 лет: «Конечно в первую очередь надо повысить заработную плату, потому что работа медсестры именно паллиативной помощи очень тяжелая работа, особенно для молодых, здесь устают как физически, так и морально. Также интересоваться жилищными условиями работников, т.к. многие живут на съемных квартирах»

5. Чтобы Вы хотели пожелать медсестрам?

Большинство пациентов выразили свою признательность медицинским сестрам за их трудную работу и пожелали им терпения в этой сфере, а также крепкого здоровья. Они также выразили пожелания совершенствовать свои профессиональные навыки.

Пациент, 61 лет: «Спасибо Вам всем за Ваш труд, доброе сердце, от души желаю терпения, долгих лет безупречной деятельности с быстрым выздоровлением пациентов, удачи, мира, счастья и личного благополучия»

Для проведения фокус-группы с медицинскими сестрами нами было проведено интервьюирование 15 медсестер, которым были заданы следующие вопросы:

1. Скажите пожалуйста Вы целенаправленно пришли работать именно в отделение или как?

Многие медицинские сестры ответили, что пришли работать по приглашению администрации медицинской организации, некоторые по совету коллег.

Медицинская сестра, 25 лет: «Некоторые пришли по направлению с колледжей, медбратья говорили, что здесь намного спокойнее чем в стационаре, потому что пациенты все достаточно взрослого возраста и поэтому им легче с ними работать».

2. Почему Вы выбрали профессию медсестры и не жалеете ли о своем выборе?

Ни одна из опрошенных медицинских сестер не выразила сожаления о своем выборе профессии. Многие из них связывали свой выбор с детской мечтой оказывать помощь своим близким.

Медицинская сестра, 31 лет: «Я уверена, что никто не испытывает сожаления о своем выборе профессии. Например, я сама решила стать медиком после трагической потери своей бабушки. Этот опыт полностью укрепил мое желание помогать пожилым людям».

3. Бывают ли у Вас стрессовые ситуации после окончания рабочего дня, бываете ли вы раздраженными?

Медицинские сестры, участвовавшие в опросе, сообщили, что время от времени возникают стрессовые ситуации, однако они обычно быстро урегулируются. Когда медсестры видят удовлетворенных пациентов, им становится легче работать. В то же время, они отметили, что стараются четко отделять личную жизнь от работы.

Медицинская сестра, 40 лет: «В нашей работе бывает стресс и на работе, и в конце рабочего дня. Раздражительность бывает иногда, наши пациенты не всегда выполняют назначение врача».

4. Были ли случаи, когда пациенты бывают раздраженными, и как вы на это реагируете, что Вы при этом делаете, какие меры принимаете?

Большинство медицинских сестер сообщили, что их медицинская организация принимает пациентов, которые могут быть раздраженными или злыми из-за своего состояния здоровья или заболевания. В связи с этим, они понимают их эмоциональное состояние и стараются предоставить им всестороннюю поддержку и улучшить их общее состояние здоровья.

Медицинская сестра, 38 лет: «Лежат с онкологией и поэтому при поступлении пациенты очень раздражительны, но мы их конечно успокаиваем, разговариваем. Всегда находимся рядом чтобы они не чувствовали себя одинокими. Потом со временем они привыкают находиться в отделении»

5. Рекомендовали ли Вы молодым специалистам, которые закончили колледж, работать в отделении паллиативной помощи?

Большинство медицинских сестер рекомендуют молодым специалистам начать свою трудовую карьеру с паллиативной помощи. Они считают, что именно в этой области можно научиться быть человечным, понимающим и гуманным к пациентам.

Медицинская сестра, 46 лет: «Здесь они узнают, что такое забота, выносливость, общение. И с пожилыми очень интересно, они рассказывают свои истории, делятся своими опытами. От этого пациентам тоже становится легче».

5 ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

5.1 Роль коммуникативной компетентности в паллиативной сестринской помощи

В контексте паллиативной сестринской помощи особое значение приобретает умение устанавливать доверительные отношения с пациентом и его семьёй, учитывая сложность эмоционального фона и необходимость постоянной поддержки.

Качество медицинской помощи во многом зависит от эффективности коммуникации между медицинским работником и пациентом. Врачи тратят значительную часть своей профессиональной жизни на общение [139-141]. Коммуникация представляет собой динамический и взаимный процесс обмена информацией между людьми [142]. Эффективная коммуникация способствует улучшению приверженности плану лечения, исходов болезни и удовлетворенности пациентов [143]. Коммуникативные компетенции являются важным клиническим навыком, способствующим установлению терапевтических отношений между медицинскими работниками и пациентами [144].

Пациент-ориентированный подход трансформировал отношения между врачом и пациентом из патерналистического, при котором врач принимал все решения, в партнерское взаимодействие. Это позволяет учитывать ценности, потребности и желания пациента, активно вовлекая его в процесс лечения [145]. В таких условиях медицинский персонал вынужден совершенствовать свои коммуникативные навыки для достижения терапевтических отношений, улучшения сотрудничества и формирования ответственности пациента за своё здоровье [146].

Медицинские сестры в процессе работы общаются с пациентами, семьями и коллегами, демонстрируя способность понимать переживания других людей. Однако эти навыки требуют обучения и накопления опыта [147]. Важно учитывать, что рабочая среда, как утверждает ВОЗ, может играть прямую или косвенную роль в качестве оказания медицинской помощи [148]. Например, при гериатрической помощи медсестры часто сталкиваются с пациентами, проявляющими измененные поведенческие и психологические симптомы, включая агрессивность [149].

5.1.1 Исследование уровня коммуникативной компетентности: методы и результаты

Эффективность обучения медицинских сестер по программе «Развитие интегрированной компетенции навыков самосовладания и коммуникации», которая включала развитие коммуникативных навыков, стрессоустойчивости и др., оценивалось на основе проведения самооценки медицинскими сестрами своих коммуникативных компетенций до и после обучения. Программа

обучения разработана специалистами кафедры КазНМУ им С.Асфендиярова и Университета «Туран», (Приложение А). Для проведения самооценки медицинских сестер нами был использован международный опросник Communicative Competence Scale (CCS). Данная шкала коммуникативных компетенций состоит из 36 утверждений, которые сам респондент оценивает по шкале Лайкерта (полностью согласен – 5 баллов, согласен – 4 балла, неопределенный или нейтральный ответ – 3 балла, не согласен – 2 балла, категорический не согласен – 1 балл).

Оценка проводится по пяти компетенциям: общие коммуникативные навыки, эмпатия, управление взаимодействием, гибкость в отношениях, социальная релаксация.

В последующем анализе баллы по утверждениям в анкете суммировались, при этом максимальный балл на утверждения 4, 8, 11, 12 и 28 считался, если ответ был «категорически не согласен».

В обучающем семинаре по коммуникативным навыкам приняли участие 15 медицинских сестер паллиативных центров г.Шымкента и 15 медицинских сестер г.Астана. Все медицинские сестры дали самооценку своим коммуникативным навыкам до обучения и повторно после обучения (через 6 месяцев). Коммуникативные навыки каждого участника оценивались согласно нижеследующей градации: до 71 балла – очень низкая коммуникативная компетентность; 72 – 107 баллов – низкая коммуникативная компетентность; 108 – 143 балла – высокая коммуникативная компетентность; 144 – 180 баллов – очень высокая коммуникативная компетентность.

В результате анализа самооценки медицинских сестер до обучения было выявлено, что медицинские сестры г. Шымкента имели более высокий уровень коммуникативных компетенций, чем их коллеги города Астана, так в городе Шымкент 66,7% ($n = 10$) опрошенных медсестер имели высокий уровень коммуникативных компетенций, а г. Астана только 6,7% ($n = 1$) обладали высоким уровнем изучаемых компетенций. Низкий уровень коммуникативных компетенций в г.Шымкент имели 33,3% ($n = 5$) медсестер, в то время как в г.Астана, низкий уровень коммуникативных компетенций был определен у 93,3% ($n = 14$) медсестер.

Общий суммарный балл коммуникативных компетенций у медсестер г.Шымкент составил в среднем 109, 27 балла ($M = 109,27$ баллов; $SD = 4,03$ балла). Средний суммарный балл коммуникативных компетенций у медсестер г.Астана составил 98,6 балла ($M = 98,6$ баллов; $SD = 6,01$ балла). Таким образом, средний балл коммуникативных компетенций у медсестер г.Шымкент статистически значимо был выше на 10,67 балла, чем у медсестер г.Астана ($t = 5,71$, $df = 28$, $p < 0,001$).

Данные в разрезе компетенций (общие коммуникативные навыки, эмпатия, управление взаимодействием, гибкость в отношениях, социальная релаксация) у медицинских сестер г.Шымкента и Астана представлены в таблице 43.

Таблица 43 - Средний балл коммуникативных компетенций медсестер

Наименование компетенций	г.Шымкент	г.Астана
Общие коммуникативные компетенции	22,6	25,7
Эмпатия	25,7	19,1
Управление взаимодействием	19,7	23,1
Гибкость в отношениях	20,9	17,7
Социальная релаксация	20,2	12,9

Согласно полученным данным до обучения медицинских сестер г.Шымкент наблюдался низкий средний балл по таким компетенциям, как управление взаимодействием, социальная релаксация и гибкость в отношениях, в то время как у медицинских сестер г.Астана низкий средний балл наблюдался по таким компетенциям как социальная релаксация, гибкость в отношениях и эмпатия.

Анализ результатов самооценки коммуникативных навыков медсестер после обучения (через 6 месяцев) показал, что у медицинских сестер паллиативных клиник г.Шымкент средний балл по шкале самооценки составил 109,47 ($M = 109,47$ баллов, $SD = 2,7$ балла), г.Астана – 106,13 балла ($M = 106,13$ баллов, $SD = 3,3$ балла). Согласно полученным данным, после обучения средний балл коммуникативных компетенций медсестер г.Шымкент был статистически значимо выше на 3,34 балла, чем у их коллег г.Астаны ($t=3,01$, $df = 28$, $p=0,005$).

Однако, при сравнении общего среднего балла коммуникативных навыков у медсестер г.Шымкент до и после обучения статистически значимых различий не выявлено (M до обучения = 109,27 балла, M после обучения = 109,47 балла, $t=0,417$, $df = 14$, $p=0,683$).

При анализе результатов самооценки коммуникативных навыков медсестер г.Астана выявлено, что после обучения средний балл коммуникативных навыков статистически значимо увеличился на 7,53 балла ($t = 10,15$, $df = 14$, $p < 0,001$).

Кроме того, анализ самооценки коммуникативных навыков медсестер показал, что после обучения у медсестер г.Астана доля с высокой оценкой коммуникативных навыков выросла с 6,7% до 33,3%, в г.Шымкент – с 66,7% до 80,0%.

Таким образом, самооценка общих коммуникативных навыков у медсестер г.Шымкента до обучения было выше, чем у медсестер г.Астана, при этом более эффективно обучение прошло у медсестер г.Астана.

5.1.2 Эмоциональная вовлеченность как фактор повышения коммуникативной компетентности

Эмоциональная вовлеченность медицинского персонала не только повышает качество общения, но и позволяет эффективнее реагировать на

сложные эмоциональные состояния пациентов, характерные для паллиативной практики.

Коммуникативные навыки нередко подвергаются испытанию в сложных ситуациях, например, при работе с эмоционально нестабильными пациентами, их родственниками или в случае сложных диагнозов [150]. В таких условиях важны знания, установки, эмоциональный интеллект и эмпатия. Опытный медик, используя навыки совладания, способен эффективно справляться с трудными ситуациями [151]. Эмоциональный интеллект помогает распознавать, регулировать и адаптировать эмоции, что улучшает копинг-стратегии и снижает влияние стресса [152].

Под копингом понимаются поведенческие и когнитивные стратегии, которые помогают личности справляться со стрессовыми ситуациями [153]. Медицинские работники с высоким уровнем эмоционального интеллекта чаще используют проблемно-ориентированные копинг-стратегии, такие как поиск социальной поддержки и решение проблемы [154]. Эмоционально-ориентированные стратегии, наоборот, сосредоточены на регуляции негативных эмоций через техники релаксации, избегание или изменение значения проблемы [155].

Сложности в коммуникации требуют от медицинских работников адаптационных механизмов и выработки новых навыков, формируя компетенцию совладания. Эта компетенция, как и коммуникативная, развивается на основе обучения и практики [156]. Самосовладание как метод психотерапии, направленный на осознание собственных образов, чувств и ощущений, может способствовать развитию эмоционального интеллекта и эффективных копинг-стратегий. Этот метод включает техники интроспекции, вербализации, визуализации и моделирования ситуаций [157].

Коммуникативная компетенция и компетенция самосовладания должны развиваться одновременно, так как их единство способствует формированию эффективного поведения. Теоретической базой этих компетенций являются бихевиоризм и клиентцентрированная психотерапия К. Роджерса. Такие понятия, как эмпатия, конгруэнтность и аутентичность, лежат в основе обеих компетенций [158].

Современные тренинговые программы, направленные на развитие коммуникативной компетенции и навыков самосовладания, могут повысить профессионализм медицинских специалистов и качество оказываемой помощи.

5.1.3 Самосовладание как метод управления эмоциональной вовлеченностью

Сложности коммуникации в медицинской практике требуют от персонала включения адаптационных механизмов, способность к стрессоустойчивости, развития навыков совладания и выработки соответствующих копинг-стратегий. Эти трудности напрямую связаны с сохранением и проявлением, в первую очередь, навыка эмпатии, который также зависит от уровня эмоционального интеллекта. Таким образом, в ситуации сложных коммуникаций формируется

новая компетенция – компетенция совладания, призванная дополнять коммуникативную компетенцию.

Самосовладание (СС) как интегративный метод психотерапии, направленный на осознание собственных образов, чувств и ощущений в текущий момент времени, может помочь в повышении уровня эмоционального интеллекта и формировании стратегий совладания [159]. Метод СС включает в себя техники интроспекции, вербализации, визуализации и моделирования ситуаций, формируя навыки самосовладания (НС). Эти навыки могут служить инструментом для развития копинг-стратегий и, в конечном счёте, способствовать более эффективному взаимодействию с пациентами и окружающими.

Две компетенции – коммуникативная и совладающая – имеют право на совместное развитие, поскольку опираются на общие теоретические и практические подходы и преследуют единую цель: формирование эффективного поведения. Одним из теоретических подходов к объяснению коммуникативной компетенции является бихевиоризм, согласно которому коммуникация рассматривается как совокупность навыков, формирующихся в результате механизмов обучения и подкрепления. Важно также отметить вклад клиентцентрированной психотерапии К. Роджерса: такие понятия, как конгруэнтность, аутентичность и эмпатия, являются базовыми условиями для развития коммуникативной компетенции.

Самосовладание же следует теориям копинг-стратегий и эмоционального интеллекта, используя подходы когнитивно-поведенческой психологии. Техники самосовладания, включая интроспекцию, вербализацию и визуализацию, позволяют специалисту эффективно управлять собственными эмоциональными реакциями, повышая уровень эмпатии и стабильности в сложных ситуациях.

Предполагается, что, научившись техникам самосовладания, медицинские сёстры смогут осознавать своё психическое состояние, оценивать его и при необходимости выборочно его проживать. Под проживанием подразумевается проигрывание в воображении проблемного состояния или проблемной ситуации. Этот процесс осуществляется через продолжение ситуации, оформленное в виде связного и последовательного нарратива. Частое выборочное проживание проблемных состояний способствует их дезактуализации, то есть снижению остроты восприятия этих состояний. Таким образом, они теряют своё значительное эмоциональное влияние. При работе с такими состояниями ключевое значение имеет определение актуальных образов, чувств и телесных ощущений, связанных с ними. Это позволяет инициировать спонтанные когнитивные изменения, которые играют значимую роль в процессе изменения восприятия проблемы и способствуют формированию новых адаптивных моделей реагирования.

Освоение данных техник также способствует развитию коммуникативной компетенции, так как работа с внутренними состояниями позволяет медицинским сёстрам более эффективно понимать эмоциональное состояние

других, регулировать свои реакции в сложных межличностных взаимодействиях и выстраивать конструктивное общение с пациентами и коллегами.

В данный момент времени...

1 Что я чувствую?

2 Что я ощущаю?

тяжесть	прохлада
легкость	сухость
напряжение	влажность
сердцебиение	тянет
колет	крутит
давит	сжимает
дрожь	распирает
боль	немееет
удушье	стягивает
холод	дергает
тепло	
жар	

3 Что я вижу?
Какой у меня образ?

Значение: Я сильно привязываюсь к пациентам, мне больно от того, что не могу спасти каждого

Рисунок 25 - На рисунке представлен пример применения метода самосовладания для анализа проблемных состояний

Согласно подходу самосовладания, управление психическим состоянием возможно только через осознание собственных чувств, ощущений и связанных с ними ментальных образов. Образ умирающего пациента вызывает у медсестры чувство тоски, которое сопровождается ощущением тяжести в теле. Этот пример демонстрирует, как осознание взаимосвязи между образом, эмоцией и ощущением позволяет выявить причины проблемных переживаний и способствует их дальнейшему осмыслению и проработке.

Формирование обеих компетенций становится более продуктивным в междисциплинарных командах, где медицинские работники могут перенимать эффективные коммуникативные и копинг-стратегии у коллег из смежных областей (психологи, социальные работники) посредством проведения тренингов повышения квалификации. Это расширяет понимание психосоциальных факторов, влияющих на взаимодействия с пациентами. Тренинги предоставляют возможности для моделирования эмоционально-нагруженных ситуаций и тренировки как коммуникативных навыков, так и навыков самосовладания в безопасной среде. Периодический анализ собственных ошибок и неудачных коммуникаций позволяет выявить пробелы в компетенциях и скорректировать стратегию взаимодействия с пациентами.

Является ясным то, что эффективное применение копинг-стратегий в медицинской сфере способствует профилактике эмоционального выгорания. Развитие навыков саморегуляции, основанных на принципах эмоционального

интеллекта, позволяет поддерживать высокий уровень эмпатии и профессионализма без потери внутренних ресурсов.

Компетенция самосовладания – это способность специалиста в сфере взаимодействия с окружающими оперировать знаниями и навыками самосовладания для эффективной коммуникации, обучения и психологического вмешательства. Навык самосовладания – это умение использовать техники данного метода для адекватного и конструктивного реагирования на различные ситуации посредством экологического поведения [160]. Совместное развитие коммуникативной и совладающей компетенций обеспечивает высокое качество медицинской помощи и укрепляет профессионализм медицинских специалистов.

5.1.4 Исследование эффективности самосовладания для медицинских сестер: методы и результаты

Для анализа эффективности обучения медицинских сестер мы также использовали анкету Waysof Coping Questionnaire (WCQ) - способы совладающего поведения (ССП) и методику психологической диагностики способов совладения со стрессовыми и проблемными ситуациями, предложенной специалистами Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [161]. Методика представлена в Приложении Е.

Данный инструмент предназначен для определения способов совладения со стрессовыми и проблемными ситуациями. В практике чаще всего используется вариант опросника, полученный при исследовании его конструктивной валидности (Folkman et al., 1986). Опросник SSP включает 50 утверждений, каждое из которых отражает определенный вариант поведения в трудной или проблемной ситуации. Утверждения оцениваются испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты использования предложенной стратегии поведения (никогда – 0 баллов, редко – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла). Пункты опросника объединены в восемь шкал, соответствующих основным видам копинг-стратегий (способ адаптироваться к стрессу), выделенных авторами:

1. Конфронтация
2. Дистанцирование
3. Самоконтроль
4. Поиск социальной поддержки
5. Принятие ответственности
6. Бегство-избегание
7. Планирование решения проблемы
8. Положительная переоценка

Стратегия конфронтации предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на реагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. При

выраженном предпочтении этой стратегии могут наблюдаться импульсивность в поведении (иногда с элементами враждебности и конфликтности), враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Часто стратегия конфронтации рассматривается как не адаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессогенных условиях.

Положительные стороны: возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию. Отрицательные стороны: недостаточная целенаправленность иррациональная обоснованность поведения в проблемной ситуации. Стратегия дистанцирования предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п.

Положительные стороны: возможность снижения субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и предотвращения интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию. Отрицательные стороны: вероятность обесценивания собственных переживаний, недооценка значимости и возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций. Стратегия самоконтроля предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля у личности может наблюдаться стремление скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией.

Часто такое поведение свидетельствует о боязни самораскрытия, чрезмерной требовательности к себе, приводящей к сверхконтролю поведения. Положительные стороны: возможность избегания эмоциогенных импульсивных поступков, преобладание рационального подхода к проблемным ситуациям. Отрицательные стороны: трудности выражения переживаний, потребностей и побуждений в связи с проблемной ситуацией, сверхконтроль поведения.

Стратегия поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за рекомендациями к

экспертам и знакомым, владеющим с точки зрения респондента необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки ведущей является потребность в помощи конкретными действиями. Положительные стороны: возможность использования внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации. Отрицательные стороны: возможность формирования зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим.

Стратегия принятия ответственности предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Вместе с тем, выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой. Указанные особенности, как известно, являются фактором риска развития депрессивных состояний.

Положительные стороны: возможность понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей. Отрицательные стороны: возможность необоснованной самокритики и принятия чрезмерной ответственности. Стратегия бегства-избегания предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п., с целью снижения мучительного эмоционального напряжения.

Большинством исследователей эта стратегии рассматривается как неадаптивная, однако это обстоятельство не исключает ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях. Положительные стороны: возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса. Отрицательные стороны: невозможность разрешения проблемы, вероятность накопления трудностей, краткосрочный эффект предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта. Стратегия планирования решения проблемы предполагает попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом

объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Положительные стороны: возможность целенаправленного и планомерного разрешения проблемной ситуации. Отрицательные стороны: вероятность чрезмерной рациональности, недостаточной эмоциональности, интуитивности и спонтанности в поведении. Стратегия положительной переоценки предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

Положительные стороны: возможность положительного переосмысления проблемной ситуации. Отрицательные стороны: вероятность недооценки личностью возможностей действенного разрешения проблемной ситуации.

Оценивание предпочтительности стратегий стресс – преодолевающего поведения медицинских сестер проводилось согласно таблице 44.

Таблица 44 - Нормы опросника ОСС для оценивания по сумме баллов

Копинг-стратегии	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Конфронтативный копинг	От 0 до 7	От 8 до 11	От 12 до 16
Дистанцирование	От 1 до 7	От 8 до 11	От 12 до 16
Самоконтроль	От 1 до 10	От 11 до 15	От 16 до 19
Поиск социальной поддержки	От 0 до 7	От 8 до 13	От 14 до 17
Принятие ответственности	От 0 до 5	От 6 до 9	От 10 до 12
Избегание	От 1 до 7	От 8 до 14	От 15 до 22
Планирование решения проблемы	От 3 до 9	От 10 до 13	От 14 до 18
Положительная переоценка	От 1 до 9	От 10 до 14	От 15 до 19

Показатели предпочтительности стратегий стресс – преодолевающего поведения медицинских сестер г. Астана до и после обучения представлены в таблицах 45, 46.

Таблица 45 – Показатели предпочтительности стратегий стресс – преодолевающего поведения медицинских сестер г. Астана до и после обучения

№ респондента	Стратегии совладания со стрессом							
	Конфронтация		Дистанцирование		Самоконтроль		Поиск социальной поддержки	
	до	после	до	после	до	после	до	после
1	11	6	6	6	7	14	7	15
2	11	8	9	8	11	15	9	15
3	10	9	9	7	13	13	8	13
4	11	9	12	10	14	15	12	14
5	15	8	15	6	10	18	7	15
6	14	12	12	12	14	15	13	14
7	15	9	12	12	14	14	10	14
8	13	8	11	6	8	8	8	12
9	16	7	12	10	13	10	10	16
10	15	8	12	9	11	12	11	14
11	15	8	13	10	13	15	11	15
12	13	12	13	13	14	15	13	14
13	12	6	13	9	9	11	8	10
14	14	12	15	11	10	17	12	14
15	13	7	11	6	7	12	7	11
Средний балл	13,2	8,6	11,7	9,0	11,2	13,6	9,7	13,7
Стат. значимость	p = 0,0007		p = 0,0037		p = 0,013		p = 0,0007	
Оценка	высокая	средняя	высокая	средняя	средняя	средняя	средняя	высокая
Максимальный балл	18	18	18	18	21	21	18	18

Согласно полученным данным, после обучения медицинских сестер г.Астаны наблюдается статистически значимое снижение таких копинг-стратегий, как конфронтация (суммарный групповой балл снизился с 13,2 до 8,6), дистанцирование (с 11,7 до 9,0 баллов), самоконтроль и поиск социальной поддержки статистически значимо повысились (с 11,2 до 13,6 и с 9,7 до 13,7 баллов соответственно).

Таблица 46 - Показатели предпочтительности стратегий стресс – преодолевающего поведения медицинских сестер г. Астана до и после обучения

№ респондента	Стратегии совладания со стрессом							
	Принятие ответственности		Бегство-избегание		Планирование решения проблемы		Положительная переоценка	
	до	после	до	после	до	после	до	после
1	4	10	13	7	6	13	9	21
2	6	8	11	8	8	10	12	14
3	6	8	11	8	11	10	11	11
4	7	8	10	10	11	10	15	15
5	6	9	15	4	9	12	13	15
6	8	8	10	10	12	12	15	15
7	5	10	11	11	10	12	13	16
8	5	6	11	5	7	12	10	10
9	5	8	11	8	10	13	11	15
10	5	9	10	8	10	12	13	14
11	8	8	11	9	11	13	13	14
12	7	8	11	11	12	13	13	14
13	5	5	9	7	6	10	7	9
14	7	8	12	8	11	14	12	15
15	7	8	11	5	7	9	9	13
Средний балл	6,1	8,1	11,1	7,9	9,4	11,7	11,7	14,1
Стат. значимость	p =0,0023		p =0,0037		p =0,0024		p =0,0037	
Оценка	средняя	средняя	средняя	средняя	низкая	средняя	средняя	высокая
Максимальный балл	12	12	15	15	18	18	21	21

Результаты статистического анализа показали эффективность обучения медицинских сестер г. Астана, такие предпочтительные стратегии поведения, как принятие ответственности, планирование решения проблемы и положительная переоценка в группе повысились, а «бегство-избегание» снизилась (с 11,1 до 7,9 баллов).

Таким образом, эффективность обучения медицинских сестер г. Астана по программе «Развитие интегрированной компетенции навыков самосовладания и коммуникации» подтверждается повышением уровня копинг-стратегий «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» со среднего до высокого, а также снижением копинг-стратегий «Конфронтация», «Дистанцирование» с высокого уровня до среднего.

Показатели предпочтительности стратегий стресс – преодолевающего поведения медицинских сестер г. Шымкент до и после обучения представлены в таблицах 47, 48.

Таблица 47 - Показатели предпочтительности стратегий стресс – преодолевающего поведения медицинских сестер г. Шымкент до и после обучения

№ респондента	Стратегии совладания со стрессом							
	Конфронтация		Дистанцирование		Самоконтроль		Поиск социальной поддержки	
	до	после	до	после	до	после	до	после
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	6	6	10	6	4	9	8	8
2	9	9	9	9	9	13	8	10
3	9	9	10	9	9	10	9	10
4	9	10	11	12	10	14	9	12
5	8	12	10	12	9	14	7	12
6	6	15	11	12	11	15	8	13
7	7	10	8	12	13	15	8	12
8	8	7	9	6	11	7	6	7
9	9	7	11	11	13	11	12	10
10	6	9	11	10	12	9	13	12
11	7	9	11	12	13	14	12	12
12	7	12	10	13	14	14	10	12
13	8	6	7	9	12	11	7	7
14	8	11	8	9	11	11	9	12
15	9	7	9	6	10	7	10	7
Средний балл	7,7	9,3	9,7	9,9	10,7	11,6	9,1	10,4
Стат. значимость	p = 0,064		p = 0,6971		p = 0,261		p = 0,064	

Продолжение таблицы 47

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Оценк а	ср ед ня я	сре дн яя	сре дн яя	сред няя	сре дн яя	сре дн яя	сре дн яя	средн яя
Макси мальн ый балл	18	18	18	18	21	21	18	18

Необходимо отметить, что обучение медицинских сестер г.Шымкент не было эффективным. Не обнаружено статистически значимых различий между уровнями таких копинг-стратегий, как конфронтация, дистанцирование, самоконтроль и поиск социальной поддержки, до и после обучения. Средний уровень перечисленных компетенций определялся как до, так и после обучения.

Таблица 48 - Показатели предпочтительности стратегий стресс – преодолевающего поведения медицинских сестер г. Шымкент до и после обучения

№ респонд ента	Стратегии совладания со стрессом							
	Принятие ответственн ости		Бегство- избегание		Планирова ние решения проблемы		Положитель ная переоценка	
	до	пос ле	до	пос ле	до	пос ле	до	пос ле
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	8	4	5	7	5	6	5	9
2	9	6	5	9	5	9	7	13
3	8	8	6	7	5	11	6	11
4	8	8	5	10	5	12	7	15
5	7	7	3	9	7	11	5	14
6	8	9	5	12	9	13	8	15
7	8	8	7	11	9	13	6	14
8	8	4	6	6	9	10	6	9
9	6	8	5	7	8	12	6	11
10	7	7	7	7	7	15	6	12
11	5	6	8	10	8	12	6	13
12	3	7	8	11	8	14	7	13
13	3	5	8	7	9	8	6	9
14	4	8	9	8	10	12	8	12

Продолжение таблицы 48

1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	5	6	7	5	9	9	8	9
Средний балл	6,5	6,7	6,3	8,4	7,5	11,1	6,5	11,9
Стат. значимость	p =0,6805		p =0,0127		p =0,0015		p =0,0007	
Оценка	средняя	средняя	низкая	средняя	низкая	средняя	низкая	высокая
Максимальный балл	12	12	15	15	18	18	21	21

В тоже время, обучение медицинских сестер г. Шымкента показало эффективность по таким копинг-стратегиям, как «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка». По данным компетенциям выявлено статистически значимое повышение среднего балла группы с 7,5 до 11,1 и с 6,5 до 11,9 баллов соответственно. Однако, копинг-стратегия «Бегство - избегание» после обучения статистически значимо повысилось с 6,3 до 8,4 баллов.

Таким образом, обучение медицинских сестер г. Шымкент через шесть месяцев после обучения не показало эффективности.

5.1.5 Комплексная программа: интеграция коммуникативной компетенции и самосовладания в единый тренинговый подход

Профессиональные качества медицинской сестры определяются её практическими и коммуникативными навыками. Однако в сложных ситуациях профессиональной деятельности, где переплетаются медицинские, социальные и психологические факторы в наиболее значимых формах, одних этих качеств может быть недостаточно для успешного решения задач, связанных с пациентами.

В таких случаях медицинской сестре требуется максимальная мобилизация собственных ресурсов, которые определяются её личными психофизическими характеристиками. Важно, насколько она способна сохранять самообладание и применять эффективные копинг-стратегии. Таким образом, профессионализм медицинской сестры заключается не только во владении практическими и коммуникативными навыками, но и в умении управлять собой в стрессовых ситуациях.

В связи с этим актуальным становится вопрос разработки обоснованных программ, направленных на повышение компетентности в трёх ключевых направлениях: практических навыках, коммуникативных умениях и навыках

самосовладания. Представленная программа опирается на научную основу и включает аспекты интегративного развития как коммуникативной компетенции, так и навыков самосовладания.

Целью программы является повышение уровня интегративной коммуникативной и компетенции самосовладания в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.

В задачи курса входит:

1. Формирование необходимых знаний по модели интегративного использования коммуникативной и компетенции самосовладания в практической деятельности;
2. Формирование коммуникативных навыков в интеграции с навыками самосовладания;
3. Применение интегративных компетенций при взаимодействии с пациентами в экологическом пространстве;
4. Создание экологического пространства в профессиональной среде.

Целью программы является повышение уровня интегративной коммуникативной и компетенции самосовладания в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.

В методы обучения и преподавания входят лекции, семинары, практические занятия и самостоятельная работа.

- Лекции: чтение тематических, обзорных и проблемных лекций, лекции-дискуссии.
- Семинары: Опрос, дискуссии, презентации.
- Практические занятия: ролевые игры, написание ситуационных задач, демонстрация видеозаписей конфликтных ситуаций для обсуждения; анализ и оценка различных примеров поведения, моделирование конфликтного и бесконфликтного взаимодействия и общения в работе, и способов и техник предупреждения и регулирования конфликтов в рабочей среде, обратная связь со слушателями, дискуссии, работа в командах, работа в малых группах, презентации малых групп, решение тестовых заданий.
- Самостоятельная работа: составление структурно-логических схем, написание докладов и рефератов, подготовка проектов и презентаций, составление ситуационных задач, написание эссе, написание сценариев для ролевых игр; консультации с преподавателем по темам для самостоятельного изучения.

Таблица 49 - Тематический план лекций

Тема	Содержание	Объем часов
Базовые навыки коммуникации медицинской сестры	Правила приветствия. Последовательность установления первичного контакта. Принципы активного слушания. Эмпатия и Обратная связь. Навыки комментирования, как необходимое сопровождение практических навыков.	1
Базовые функции самосовладания	Основа самосовладания - дифференция психического состояния. От способности наблюдения за своим психическим состоянием, к способности управления.	1
Внутренние конфликты.	Внутренние конфликты в самосовладании. Техника «Диалог».	1
Проблемные состояния	Принципы проработки проблемных состояний.	1
Принципы интеграции коммуникации и самосовладания	Сочетанное применения навыков коммуникации и самосовладания.	1
Экологическое поведение	Принципы экологического взаимодействия и создания экологического пространства коммуникации.	1
Всего		6

Таблица 50 - Тематический план семинаров

Наименование тем семинарских занятий	Краткое содержание	Объем часов
1	2	3
Базовые навыки коммуникации и самосовладания в едином пространстве коммуникации.	Навыки приветствия, установления первичного контакта, активного слушания и способность совладания. Навыки эмпатии, обратной связи и комментирования манипуляций с использованием выражение чувств.	2

Продолжение таблицы 50

1	2	3
Проявление и выражение.	Особенности выражения своих состояний и отличие от проявлений. Шаги выражения своих состояний в коммуникации медицинской сестры.	2
Экологическое пространство в коммуникации медицинской сестры.	Что такое экологическое пространство при взаимодействии с пациентом. Принципы создания экологического пространства в практической работе медицинской сестры. Экологическое пространство, как путь формирования экологического поведения обеих сторон коммуникации.	2
Всего		6

Таблица 51 - Тематический план практических занятий

Наименование тем практических занятий	Краткое содержание	Объем часов
Отработка базовых коммуникативных навыков.	Практикум - проработка базовых коммуникативных навыков в ролевых играх.	4
Отработка техник самосовладания.	Практикум - дифференция состояния, наблюдение и осознание процесса изменения внутреннего состояния.	4
Отработка базовых коммуникативных навыков с использованием техник самосовладания.	Практикум, выбор ситуационных задач, проработка базовых коммуникативных навыков в ролевых играх с включение техник самосовладания.	4
Отработка сложных ситуаций в сочетании использования техник коммуникаций и самосовладания.	Практикум – проигрывание сложных ситуаций с демонстрацией эффективных техник коммуникации и самосовладания.	4
Отработка способов формирования экологического взаимодействия в практической деятельности.	Разработка сценариев экологического взаимодействия. Проигрывание в ролевых играх экологического поведения. Индукция экологического поведения партнеру коммуникации.	4
Всего		20

Таблица 52 - Тематика самостоятельной работы слушателя

Наименование тем	Виды самостоятельной работы	Объем часов
Теории коммуникации в различных социальных группах.	Презентация. Эссе.	2
Копинг как реакция на стрессовую ситуацию с целью совладания с ней.	Составление структурно-логической схемы.	2
Конфликты в медицинской среде. Положительное и отрицательная роль конфликта.	Составление структурно-логических таблиц.	2
Конструктивные и деструктивные способы выхода из критической ситуации.	Подготовка таблиц, слайдов, презентаций под руководством преподавателя, работа в библиотеке и в интернете.	2
Всего		8

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что большинство смертей в европейских и других развитых странах приходится на людей в возрасте старше 65 лет, в научной литературе относительно мало публикаций по вопросам ухода, качества жизни и потребностей этих людей в последние годы жизни. По мере увеличения продолжительности жизни число людей, доживающих до пожилого и старческого возраста, увеличивается во многих странах. Модели заболеваний в последние годы жизни также меняются. Все больше людей умирают от серьезных хронических заболеваний, а не от острых заболеваний. Традиционно высококачественный уход в конце жизни в основном предоставлялся онкологическим больным в стационарах и хосписах, но теперь такой уход необходимо предоставлять людям с более широким диапазоном заболеваний. Поэтому паллиативная помощь приобретает все большее значение для общественного здравоохранения. Пожилые люди с большей вероятностью имеют очень сложные проблемы со здоровьем и инвалидность, нуждаются в пакетах ухода, которые требуют партнерства и сотрудничества между различными группами и ведомствами.

Паллиативная помощь была определена Всемирной организацией здравоохранения в 2002 году как: «... подход, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, посредством профилактики и облегчения страданий посредством раннего выявления и безупречной оценки и лечения боли и других проблем, физических, психосоциальных и духовных». Паллиативная помощь обеспечивает облегчение боли и других тягостных симптомов, утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный процесс и не имеет целью ни ускорить, ни продлить смерть. Паллиативная помощь объединяет психологические и духовные аспекты ухода за пациентами и предлагает систему поддержки, чтобы помочь пациентам жить максимально активно до самой смерти. Она также предлагает систему поддержки, чтобы помочь семье справиться во время болезни пациента и в собственной утрате. Используя командный подход, паллиативная помощь удовлетворяет потребности пациентов и их семей, включая консультирование по утрате, если необходимо. Она улучшает качество жизни и может положительно влиять на течение болезни. Она применима на ранних стадиях заболевания с другими методами лечения, которые направлены на продление жизни, такими как химиотерапия или лучевая терапия, и включает те исследования, которые необходимы для лучшего понимания и управления тяжелыми клиническими осложнениями. Кроме того, паллиативная помощь должна предлагаться по мере возникновения потребностей и до того, как они станут неуправляемыми. Паллиативная помощь не должна быть чем-то, что предлагают только специализированные группы паллиативной помощи, службы паллиативной помощи или хосписы, когда другое лечение было отменено. Она должна быть неотъемлемой частью ухода и проводиться в любых условиях.

Тем не менее, сравнительно мало исследований было проведено относительно потребностей пожилых людей в паллиативной помощи, несмотря на то, что пожилые люди имеют особые потребности, и их проблемы отличаются и часто более сложны, чем у молодых людей:

- Пожилые люди чаще страдают от множественных медицинских проблем различной степени тяжести.

- Совокупный эффект этих проблем может быть гораздо больше, чем у любого отдельного заболевания, и обычно приводит к большему ухудшению здоровья и большим потребностям в уходе.

- Пожилые люди подвержены большему риску побочных реакций на лекарства и ятрогенных заболеваний.

- Незначительные проблемы могут иметь большее кумулятивное психологическое воздействие на пожилых людей.

- Проблемы острого заболевания могут накладываться на физические или психические нарушения.

- Пожилые люди, как правило, имеют экономические трудности или социальную изоляцию.

Сложность проблем, с которыми сталкиваются пожилые люди, раскрывается эпидемиологическими исследованиями, в которых родственников или ключевых информаторов опрашивают о последних годах жизни пациента. Они показывают, в частности, что спутанность сознания, проблемы с контролем мочевого пузыря и кишечника, проблемы со зрением и слухом, головокружение значительно увеличиваются с возрастом. Таким образом, проблемы, которые испытывают многие пожилые люди в последние годы жизни, это проблемы преклонного возраста, требующие непрерывный уход, включая общую практику, гериатрическую медицину и реабилитацию. Поскольку предсказать течение многих хронических заболеваний, поражающих пожилых людей, сложнее, паллиативная помощь должна основываться на потребностях пациента и семьи, а не на прогнозе. Примеры рака, сердечной недостаточности и деменции иллюстрируют этот момент.

Особая роль в оказании медицинской помощи пожилым людям отводится среднему медицинскому персоналу. Медсестры паллиативной помощи оказывают помощь людям, живущим с неизлечимыми заболеваниями, помогая им достичь наилучшего качества жизни. Помимо поддержки пациентов, медсестры паллиативной помощи также помогают семьям в самые трудные периоды их жизни. Конечно же, основная цель сестринского ухода – минимизировать любые симптомы, которые вызывают у пациентов дискомфорт, а также физические и эмоциональные страдания. Пациенты пожилого и старческого возраста могут испытывать боль из-за таких заболеваний, как рак, диабет, болезнь Паркинсона или Альцгеймера. Эти заболевания могут привести к тому, что пациентам и их близким понадобятся медсестры паллиативной помощи, которые помогают повысить уровень комфорта пациентов и решить любые проблемы со здоровьем, с которыми они сталкиваются.

Медсестра паллиативной помощи берет на себя широкий спектр обязанностей, которые могут меняться изо дня в день. Она заботится о благополучии пациентов и обеспечивает физический комфорт и эмоциональную поддержку, как пациентам, так и их семьям.

Основные обязанности медсестры паллиативной помощи включают:

- Мониторинг симптомов с течением времени.
- Оценка состояния здоровья пациентов для обеспечения получения ими правильного ухода.
- Помощь пациентам в соблюдении графика приема лекарств.
- Поддержание прямой связи между пациентами и смежными медицинскими работниками.
- Обучение пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход, управлению симптомами.
- Помощь пациентам с любыми проблемами с подвижностью, которые у них могут возникнуть.
- Удовлетворение потребностей пациентов в личном уходе, таких как кормление и купание.
- Оказание поддержки и руководства неизлечимо больным пациентам при прощании.
- Предоставление временного ухода членам семьи, когда им нужен перерыв.

Роль медсестер в поддержании здоровья и благополучия пожилых людей важна и разнообразна, и охватывает различные обязанности. Медсестры выполняют функцию поддержки, мотивируя и расширяя возможности пожилых людей, их обязанности также включают:

- Контроль приема больными лекарств и участие в плане лечения под руководством врача.
- Сотрудничество с врачами и другими специалистами медицинской команды для лечения хронических заболеваний, которые с наибольшей вероятностью повлияют на пожилых людей (например, болезни сердца, артрит, диабет, остеопороз, болезнь Альцгеймера).
- Раннее выявление сложных сопутствующих физических и психических состояний.
- Помощь и обучение пациентов повседневной деятельности, такой как гигиена, посещение туалета, управление приемом лекарств и потребности в питании.
- Оценка различных уровней функционального, психического и эмоционального состояния пожилых пациентов.
- Внедрение вмешательств и профилактической помощи для снижения риска падений, недоедания и других проблем со здоровьем.
- Пропаганда здорового образа жизни, который может предотвратить или отсрочить начало хронических заболеваний.
- Обучение навыкам управления болью и ухода в конце жизни.

- Обучение и мотивация пациентов и лиц, осуществляющих уход, для работы с возрастными состояниями.

Роль медсестер в уходе за пожилыми пациентами имеет важное значение для обеспечения того, чтобы пациенты полностью понимали свое состояние здоровья, болезни, методов лечения. Они консультируют пациентов о рекомендуемых методах самопомощи и помогают преодолевать любые препятствия, которые мешают им принимать здоровые решения.

Роль медсестер в социализации пожилых людей также не вызывает сомнений. Позитивные социальные связи помогают улучшить когнитивное здоровье пожилых людей. Люди старше 60 лет могут сталкиваться с такими факторами риска, как проживание в одиночестве, потеря близких, хронические заболевания или сенсорные нарушения, которые приводят к социальной изоляции или одиночеству. Это может быть серьезной и часто упускаемой из виду проблемой, которая затрагивает многих. Основное внимание в уходе за пожилыми людьми уделяется открытию новых социальных возможностей, укреплению уверенности в себе и ведению более счастливой, осмысленной жизни. Чтобы оставаться умственно стимулированными и активными, геронтологи рекомендуют пожилым людям создавать ежедневную рутину таких занятий, как садоводство, чтение, письмо, музыка, танцы и настольные игры. Уход за пожилыми людьми облегчает участие в повседневной деятельности, предоставляя структурированный распорядок. Это позволяет им заниматься различными видами деятельности, такими как: физические упражнения, йога или прогулки в местных парках или на открытом воздухе. Медицинские и социальные работники могут способствовать в налаживании связи с членами семьи и близкими пациентов, которые могут жить в других частях страны или за границей, с помощью видеозвонков или приложений для обмена сообщениями. Мозговые стимулирующие занятия, такие как кроссворды или sudoku, помогают умственной стимуляции, а участие в традиционных общественных и культурных мероприятиях, таких как фестивали или религиозные церемонии, повышают социализацию пожилых пациентов.

В целом, роль медсестер в уходе за пожилыми людьми многогранна. Она охватывает не только медицинскую сторону, но и социализацию, взаимодействие, обучение, эмпатию и повышение самооценки, помощь пациентам с задачами по самообслуживанию, такими как гигиена, прием пищи, посещение туалета и физические упражнения, обеспечение безопасности пациентов и минимизация риска падений, травм из-за дезориентации или замешательства, управление проблемами поведения, тревогой и гневом.

Согласно международному опыту, эффективность ухода за пожилыми пациентами предполагает командную работу как основу программ паллиативной помощи, помогая пациенту жить максимально активной жизнью до самой смерти.

Сестринское дело в паллиативной помощи считается специальностью в рамках дисциплины, поэтому требуется наличие специализации или степени

магистра в этой области. Медсестра также должна иметь инструменты для критического мышления и практики, основанной на фактических данных, обучения коммуникации, обучения пациентов и семей, духовной и психосоциальной помощи. Кроме того, профессионал должен иметь подготовку по пяти основным ролям медсестры: клиническая роль, клиническое консультирование, администрирование, образование и исследования, поскольку она представляет собой первое связующее звено между пациентом, семьей и членами междисциплинарной команды паллиативной помощи.

С другой стороны, все медсестры должны быть компетентны в паллиативной помощи, независимо от их области работы, что станет возможным через обучение студентов и совершенствование последипломных программ обучения, которые должны включать вопросы по развитию навыков коммуникации и принятия решений, особенности работы с пожилыми пациентами, паллиативную помощь. Необходимо также создание среды, которая поддерживает медсестер с моральной точки зрения, повышая их потенциал и сферу деятельности.

Таким образом, медсестры паллиативной помощи обеспечивают многопрофильный подход к лечению, который помогает пациентам поддерживать свое физическое и психическое здоровье, улучшать качество жизни пациента в его последние дни.

Несмотря на чрезвычайно важную и полезную работу медсестры паллиативной помощи, в настоящее время актуальным остается деятельность по повышению престижности данной профессии и мотивации средних медработников. Проблемными остаются вопросы оказания паллиативной помощи на дому, мобильных бригад паллиативной помощи, подготовки медсестер для оказания паллиативной помощи, организации и оснащения Домов престарелых, хосписов и т.д.

Следует также уделять большое внимание развитию навыков и качеств, которыми должна обладать медсестра паллиативной помощи, таким как: коммуникация, сострадание, адаптивность, устойчивость, наблюдательность, инициативность.

Сестринская помощь играет ключевую роль в улучшении качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста. Ее эффективность зависит от применения научно обоснованных подходов, учитывающих биологические, психологические и социальные особенности пациентов.

Выявлены ключевые факторы, влияющие на качество жизни и ментальное здоровье пожилых людей:

- физическое здоровье (хронические заболевания, ограничение подвижности, снижение когнитивных функций);
- психологическое состояние (депрессия, тревога, одиночество);
- социальная среда (поддержка семьи, доступ к медицинской помощи, уровень жизни);

- личные ресурсы (адаптивные механизмы, чувство собственной ценности, оптимизм).

Как показывает зарубежный опыт, модели сестринской паллиативной помощи включают:

- комплексный подход, учитывающий все аспекты жизни пациента;
- индивидуальный подход, учитывающий потребности и особенности каждого пациента;
- междисциплинарный подход, включающий взаимодействие с врачами, психологами, социальными работниками;
- активный подход, стимулирующий участие пациентов в процессе лечения и реабилитации;
- образовательный аспект, направленный на повышение информированности пациентов и их родственников о проблемах старения и путях их решения.

Проведенные исследования подтвердили эффективность такой модели организации сестринской помощи. У пациентов, получавших помощь по данной модели, наблюдалось улучшение физического и психического состояния, повышение уровня жизни, снижение депрессии и тревоги, повысилась удовлетворенность пациентов и их родственников качеством предоставляемой помощи.

В тоже время остается проблемным вопрос оценки качества оказания медицинской помощи пожилым людям, отсутствуя официально утвержденные индикаторы или показатели для проведения мониторинга и оценки данного вида помощи. В научной литературе предлагаются подходы к разработке необходимых индикаторов, представленных на рисунке 25 [161].

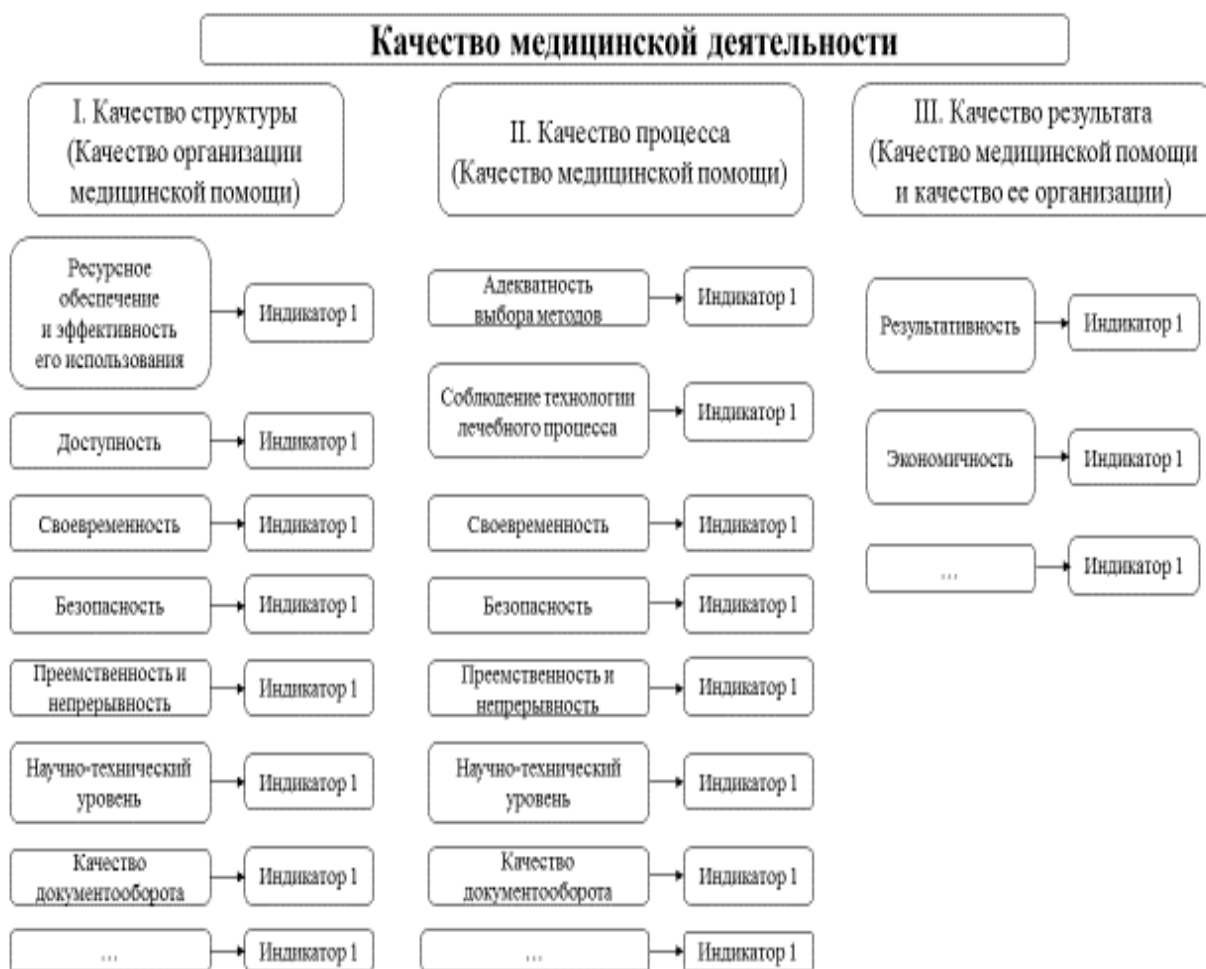


Рисунок 26 - Индикаторы качества медицинской деятельности

Примечание - Источник [161,р. 125]

Изучению роли медсестры в организации паллиативной помощи пожилым пациентам, а также потребностей и удовлетворенности в сестринской помощи пациентов паллиативных центров и была посвящена данная научная работа.

В период с 2022 по 2023 года нами был проведен опрос пациентов и медицинских сестер 3-х центров паллиативной помощи Республики Казахстан:

- ГКП на ПХВ «Центр паллиативной помощи» г. Алматы;
- ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр (отделение паллиативной помощи)» г. Астана;
- ГКП на ПХВ «Центр гипербарической оксигенации имени Т.О. Орынбаева (отделение паллиативной помощи)» г.Шымкент.

Всего в исследовании приняли участие 100 пациентов указанных клиник и 120 медицинских сестер. Для проведения исследования нами специально разработаны инструменты исследования: опросники для пациентов и средних медицинских работников.

Опрос пациентов выявил следующие основные особенности и тенденции развития паллиативной медицинской помощи пожилым людям в РК:

-слабая взаимосвязь между пациентами, их близкими, медицинскими работниками, психологами и социальными работниками;

- отсутствие системы подготовки медицинских специалистов паллиативной службы;

- слабая психологическая и социальная поддержка пациентов и их близких;

- слабая мотивация медицинских сестер для работы в паллиативных центрах.

Повышение эффективности и доступности качественной паллиативной помощи возможно при условии усиления межведомственного взаимодействия и включения в систему помощи больным паллиативного профиля не только медицинских работников, но и психологов, специалистов по социальной работе. Комплексная система должна включать в себя оказание поддержки и консультирование родственников и персонала, осуществляющих уход за инкурабельными больными.

Опрос средних медицинских работников паллиативных центров показал, что более половины из них являются представителями молодого и среднего возраста, в основном имеют стаж работы более 5 лет, почти треть стимулированы материальным доходом в работе. Материально-техническое обеспечение в отделениях и условия работы в основном оцениваются на хорошо и удовлетворительно. Имеются проблемы с подготовкой медицинских сестер по вопросам паллиативной помощи, психо-социальной поддержки, организации рабочего времени, психо-эмоциональной устойчивости. Слабо проводится работа по обучению родственников паллиативных пациентов и по уходу за пациентами из-за высокой загруженности медсестер. Следует обратить особое внимание навыкам общения с пациентами и качеству выполнения сестринских манипуляций. Также необходимо улучшить такие виды деятельности, как взаимоотношения с коллегами и санитарно-просветительская работа. Кроме того, существует потребность в разработке критериев эффективности для оценки сестринской паллиативной помощи.

По итогам опроса пациентов и медицинских сестер и на основе выявленных проблем, нами проведено обучение по программе «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста» медицинских сестер гг. Астана и Шымкент. Эффективность обучения медицинских сестер оценивалось на основе проведения самооценки медицинскими сестрами своих коммуникативных компетенций и способностей адаптироваться к стрессу до и после обучения. Самооценка общих коммуникативных навыков у медсестер г.Шымкента до обучения было выше, чем у медсестер г.Астана, при этом более эффективно обучение прошло у медсестер г.Астана.

Эффективность обучения медицинских сестер г. Астана по программе «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста» подтверждается повышением уровня копинг-стратегий

«Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» со среднего до высокого, а также снижением копинг-стратегий «Конфронтация», «Дистанцирование» с высокого уровня до среднего. Необходимо отметить, что обучение медицинских сестер г.Шымкент не было таким эффективным. Не обнаружено статистически значимых различий между уровнями таких копинг-стратегий, как конфронтация, дистанцирование, самоконтроль и поиск социальной поддержки, до и после обучения. Средний уровень перечисленных компетенций определялся как до, так и после обучения. В тоже время, обучение медицинских сестер г. Шымкента показало эффективность по таким копинг-стратегиям, как «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка». По данным компетенциям выявлено статистически значимое повышение среднего балла группы с 7,5 до 11,1 и с 6,5 до 11,9 баллов соответственно. Однако, копинг-стратегия «Бегство - избегание» после обучения статистически значимо повысилось с 6,3 до 8,4 баллов.

Выводы

1. Проблема обеспечения качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста является актуальной и требует комплексного решения. Необходимо учитывать высокую потребность в паллиативной помощи данной возрастной группы. Потребность в паллиативной медицинской помощи варьирует от 37,4% до 89% всех умирающих больных, из которых 1/3 это онкологические пациенты и 2/3 – неонкологические больные.

2. Проблемы в оказании паллиативной помощи пожилым пациентам связаны, в основном, с высокой нагрузкой, нехваткой времени и ресурсов, недостаточной подготовкой медицинских сестер по вопросам психологической и социальной поддержки пациентов и их близких. Так, 43% пациентов считают, что низкое качество работы медсестер связано с большой нагрузкой, 29% - с недостаточным материально-техническое оснащением и низкой оплаты труда. 42% пациентов считают, что необходимо проводить обучение медицинских сестер по вопросам коммуникативных навыков и рационального использования рабочего времени.

3. Наиболее проблемными вопросами в оказании сестринской паллиативной помощи являются: психо-социальная помощь пациентам, обучение близких и родных по вопросам ухода, коммуникативные навыки, слабая мотивация медицинских сестер для работы в паллиативных центрах, так при ранжировании проблем пациентами на 1 месте были медицинские проблемы, на втором - социальные. 22,5% медсестер уделяют общению с родственниками менее 1 часа за смену.

4. Имеются проблемы с организацией рабочего времени и психо-эмоциональной устойчивости средних медицинских работников. Необходимо улучшить такие виды деятельности, как взаимоотношения с коллегами и санитарно-просветительская работа. Кроме того, существует потребность в разработке критериев эффективности для оценки сестринской паллиативной помощи. Так, 17,5% медсестер паллиативных центров считают, что надо

улучшать взаимоотношения с коллегами, 15,8% - санитарно-просветительскую работу, 30% - общения с пациентами.

5. Эффективность обучения медицинских сестер по программе «Развитие интегрированной компетенции навыков самосовладания и коммуникации» подтверждается повышением уровня самооценки общих коммуникативных навыков у медсестер г.Шымкента и г.Астана, уровня копинг-стратегий «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» со среднего до высокого, а также снижением копинг-стратегий «Конфронтация», «Дистанцирование» с высокого уровня до среднего.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Усилить межсекторальное взаимодействие по вопросам обеспечения качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста (ПМСП, реабилитационные центры, паллиативные центры, НПО, волонтеры, психологи, социальные работники, родственники и др.)

2. Усилить работу по обучению и подготовке средних медицинских работников паллиативных центров (внедрение обучающих программ на курсах повышения квалификации)

3. Разработать и внедрить обучающие программы для членов семей пациентов (Школы по уходу за пожилыми пациентами при паллиативных центрах, организациях ПМСП и др.)

4. Мониторинг и оценку качества оказания паллиативной сестринской помощи проводить на основе использования международных индикаторов, принципов научности и доказательности.

Проводить обучение медицинских сестер по программе «Развитие интегрированной компетенции самосовладания и коммуникации» с оценкой эффективности обучения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Байжунусов Э.А. Этапы развития здравоохранения Казахстана // *Journal of Health Development*. – 2018. – №1(26). – С. 12-16.
- 2 Векленко Г.В. и др. Реформа сестринского дела в Казахстане: чего хочет медсестра? // *Journal of Health Development*. – 2018. – №2(27). – С. 38-39.
- 3 Абилкайыр Н.А. Реформирование системы здравоохранения Казахстана: основные проблемы, пути решения // *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. – 2019. – №2. – С. 206-210.
- 4 Zhanarstanova M.B., Dossymkhan Y.D., Kaldybekova A.D. Старение населения в Казахстане в условиях цифровой трансформации: политико-правовой и литературный обзор // *Bulletin of the LN Gumilyov Eurasian National University. Political Science. Regional Studies. Oriental Studies. Turkology Series*. – 2024. – Т. 149(4). – С. 170-189.
- 5 Аюпова А.С., Руденко Л.Н., Утенова А.Р. Роль среднего медицинского работника в системе оказания паллиативной помощи // *Kazakh Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. – 2020. – №1. – С. 5-16.
- 6 World Health Organization. World Report on Ageing and Health. - World Health Organization, 2015 <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.
- 7 WHO. Active ageing. - Geneva: World Health Organization, 2002. – 57 p.
- 8 Xavier F.M., Ferraz M.P. Elderly people's definition of quality of life // *Rev Bras Psiquiatr*. – 2003. – Vol. 25, №1. – P. 31–39.
- 9 Мелёхин А.И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы // *Современная зарубежная психология*. – 2016. – Т. 5, №1. – С. 53-63.
- 10 Hussenoeder F.S., Jentzsch D., Matschinger H., Hinz A., Kilian R., Riedel-Heller S.G., Conrad I. Depression and quality of life in old age: a closer look // *Eur J Ageing*. – 2020. – Vol. 18, №1. – P. 75-83.
- 11 Luppá M. et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in late life: systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. – 2012. – Vol. 136, №3. – P. 212-221.
- 12 Andreas S. et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study // *The British Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 210, №2. – P. 125-131.
- 13 Alpass F.M., Neville S. Loneliness, health and depression in older males // *Aging & Mental Health*. – 2003. – Vol. 7, №3. – P. 212-216.
- 14 Choi H., Irwin M.R., Cho H. J. Impact of social isolation on behavioral health in elderly: systematic review // *World Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 5, №4. – P. 432.
- 15 Courtin E., Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review // *Health & Social Care in the Community*. – 2017. – Vol. 25, №3. – P. 799-812.

- 16 Stein J. et al. Soziale Verluste und deren Zusammenhang mit Depressionen im hohen Alter – Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+) // *Psychiatrische Praxis*. – 2019. – Vol. 46, №3. – P. 141-147.
- 17 Prince M. et al. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends // *World Alzheimer Report*. – 2015. – №1. – P. 84.
- 18 Jia L. et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study // *The Lancet Public Health*. – 2020. – Vol. 5, №12. – P. 661-671.
- 19 Институт показателей и оценки здоровья. Глобальный обмен данными о здоровье (GHDx) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> 18.07.2024.
- 20 Хонг Тео Р., Хуэй Чэн В., Цзе Чэн Л., Лай И., Тианг Лай С. Глобальная распространенность социальной изоляции среди пожилых людей, проживающих в общинах: систематический обзор и метаанализ // *Arch Gerontol Geriatr*. – 2023. – №107. – P. 104904.
- 21 Perissinotto C.M., Cenzer I.S., Covinsky K.E. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death // *Archives of Internal Medicine*. – 2012. – Vol. 172, №14. – P. 1078-1084.
- 22 Holt-Lunstad J. et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review // *Perspectives on Psychological Science*. – 2015. – Vol. 10, №2. – P. 227-237.
- 23 Йони Y.Y., Миктони С.Р., Гассумиси Z.D., Уилбер К.Н. Распространенность жестокого обращения с пожилыми людьми в общественных местах: систематический обзор и метаанализ // *Lancet Glob Health*. – 2017. – №5(2). – С. 147–156.
- 24 Wang Z. et al. Association of healthy lifestyle with cognitive function among Chinese older adults // *European Journal of Clinical Nutrition*. – 2021. – Vol. 75, №2. – P. 325-334.
- 25 Yates L.A. et al. Cognitive leisure activities and future risk of cognitive impairment and dementia: systematic review and meta-analysis // *International Psychogeriatrics*. – 2016. – Vol. 28, №11. – P. 1791-1806.
- 26 Young J. et al. Aerobic exercise to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2015. – №4. – P. 19-20.
- 27 Lourida I. et al. Association of lifestyle and genetic risk with incidence of dementia // *JAMA*. – 2019. – Vol. 322, №5. – P. 430-437.
- 28 Ye K.X., Sun L., Wang L., Khoo A. L. Y., Lim K. X., Lu G., Yu L., Li C., Maier A.B., Feng L. The role of lifestyle factors in cognitive health and dementia in oldest-old: a systematic review // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2023. – №152. – P. 105286.
- 29 Makovski T.T., Schmitz S., Zeegers M.P., Stranges S., Van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis // *Ageing Research Reviews*. – 2019. – №53. – P. 100903.

- 30 Marengoni A. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature // *Ageing Research Reviews*. – 2011. – Vol. 10, №4. – P. 430-439.
- 31 Fortin M. et al. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2004. – Vol. 2. – P. 1-12.
- 32 Kanesarajah J. et al. Multimorbidity and quality of life at mid-life: a systematic review of general population studies // *Maturitas*. – 2018. – Vol. 109. – P. 53-62.
- 33 Петрова А.И., Туркина Н.В., Петрова В.Б., Журавская Н.В. Внебольничная пневмония у пожилых пациентов // *Клиническая геронтология*. – 2006. – №8. – С. 19-28.
- 34 Abdelhafiz A.H., Sinclair A.J. Diabetes in the elderly // *Medicine*. – 2019. – Vol. 47, №2. – P. 119-122.
- 35 Bethel M.A. et al. Longitudinal incidence and prevalence of adverse outcomes of diabetes mellitus in elderly patients // *Archives of Internal Medicine*. – 2007. – Vol. 167, №9. – P. 921-927.
- 36 Xu Q., Ou X., Li J. The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis // *Front Public Health*. – 2022. – №10. – P. 902599.
- 37 Guo X., Pei J., Ma Y., Cui Y., Guo J., Wei Y., Han L. Cognitive frailty as a predictor of future falls in older adults: A systematic review and meta-analysis // *J Am Med Dir Assoc*. – 2023. – №24(1). – P. 38-47.
- 38 Okati-Aliabad H., Ansari-Moghaddam A., Kargar S., Mohammadi M. Prevalence of hypertension and pre-hypertension in the Middle East region: a systematic review & meta-analysis // *J Hum Hypertens*. – 2022. – №36(9). – P. 794-804.
- 39 Guedes G., Tsai J., Loewen N. Glaucoma and aging // *Current Aging Science*. – 2011. – Vol. 4, №2. – P. 110-117.
- 40 Lawrence B.J. et al. Hearing loss and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis // *The Gerontologist*. – 2020. – Vol. 60, №3. – P. 137-154.
- 41 Ciorba A. et al. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults // *Clinical Interventions in Aging*. – 2012. – №1. – P. 159-163.
- 42 Marengoni A., Angleman S., Melis R., Mangialasche F., Karp A., Garmen A., Meinow B., Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature // *Ageing Research Reviews*. – 2011. – Vol. 10, №4. – P. 430-439.
- 43 Sinnige J., Braspenning J., Schellevis F., Stirbu-Wagner I., Westert G., Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases: a systematic literature review // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8, №11. – P. 79641.
- 44 Webb E. et al. Proximal predictors of change in quality of life at older ages // *Journal of Epidemiology & Community Health*. – 2011. – Vol. 65, №6. – P. 542-547.

- 45 Chan S.W. et al. Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study // *International Psychogeriatrics*. – 2009. – Vol. 21, №6. – P. 1171-1179.
- 46 Bowling A. et al. A multidimensional model of the quality of life in older age // *Aging & Mental Health*. – 2002. – Vol. 6, №4. – P. 355-371.
- 47 Seymour D.G. et al. Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study (ABC1921) // *Quality of Life Research*. – 2008. – Vol. 17. – P. 11-20.
- 48 Kok R.M., Reynolds C.F. Management of depression in older adults: a review // *JAMA*. – 2017. – Vol. 317, №20. – P. 2114-2122.
- 49 Атлас мира по паллиативной помощи в конце жизни. - World Health Organization, 2014. – 112 с.
- 50 Горошко Н.В., Емельянова Е.К. Старение населения как фактор развития российского рынка патронажного ухода и паллиативной помощи гражданам пожилого возраста // *Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ*. – 2019. – №2(17)<http://e-journal.omgau.ru/images/issues/2019/2/00736.pdf>.
- 51 Caruso C., Lio D., Cavallone L., Franceschi C. Aging, longevity, inflammation, and cancer // *Ann N Y Acad Sci*. – 2004. – Vol. 1028. – P. 1–13.
- 52 Здравоохранение в России – 2017 г. Федеральная служба государственной статистики http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_34/Main.htm 17.06.2024.
- 53 Higginson I.J. Palliative and terminal care healthcare needs assessment: The epidemiologically based needs assessment reviews. – Oxford; New York: The Wessex Institute for Health Research and Development, 1997.- 120 p.
- 54 Van Mechelen W., Aertgeerts B., De Ceulaer K., Thoonsen B., Vermandere M., Warmenhoven F. et al. Defining the palliative care patient: a systematic review // *Palliative Medicine*. – 2013. – Vol. 27, №3. – P. 197–208.
- 55 Murtagh F.E., Bausewein C., Verne J., Groeneveld E.I., Kaloki Y.E., Higginson I.J. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates // *Palliative Medicine*. – 2013. – №21. – P. 26-33.
- 56 Waller A., Girgis A., Johnson C. et al. Facilitating needs-based cancer care for people with a chronic disease: Evaluation of an intervention using a multicenter interrupted time series design // *MC Palliative Care*. – 2010. – Vol. 9. – P. 2.
- 57 Waller A., Girgis A., Davidson P. M. et al. Facilitating needs-based support and palliative care for people with chronic heart failure: preliminary evidence for the acceptability, inter-rater reliability, and validity of a needs assessment tool // *Pain Symptom Manage*. – 2013. – Vol. 45, №5. – P. 912–925.
- 58 Payne S., Radbruch L. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe // *European Journal of Palliative Care*. – 2009. – Vol. 16, №6, part 1 – P. 278–289.
- 59 Щепин В. О., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Проклова Т. Н. Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы // *Бюллетень*

национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2018. – №2. – С. 98–111.

60 Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Зеленова О.В., Подкопаев Д. В. Паллиативная медицинская помощь в гериатрии – неотъемлемая часть стратегии развития паллиативной медицины в России // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №4. – С. 63–68.

61 Новиков Г.А., Зеленова О.В., Введенская Е.С., Рудой С.В., Вайсман М.А., Абрамов С.И. Социологическое исследование потребности населения страны в качественной паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – №2. – С. 5–8.

62 Wright M., Lynch T., Clark D. A review of donor organisations that support palliative care development in five world regions. – 2008.

63 Centeno C., Clark D., Lynch T., Rocafort J., Flores L.A., Greenwood A., Brasch S., Prall D., Giordano A., de Lima L. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. – Milan: IAHPC Press, 2007.– 150 p.

64 National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America – 2011. – 2012.

65 Jönson H., Watanabe H. What is good elderly care in Japan and Sweden? A study of how managers of residential care facilities describe care arrangements. – 2013.

66 Anbäcken E.M. Researching home help services for the elderly in Japan and Sweden: How cultural concepts affect the research design // Changing worlds and the ageing subject. – Routledge, 2018. – P. 96–114.

67 Lagergren M. The systems of care for frail elderly persons: the case of Sweden // Aging Clinical and Experimental Research. – 2002. – Vol. 14. – P. 252–257.

68 Hogan C., Lunney J., Gable C., Lynn J. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life // Health Aff. – 2011. – Vol. 20, №4. – P. 188–195.

69 Lubitz J.D., Riley G.F. Trends in Medicare payments in the last year of life // N Engl J Med. – 1993. – Vol. 328, №15. – P. 1092–1096.

70 Centers for Medicare & Medicaid Services Office of the Actuary. Last Year of Life Study. – Accessed May 2012 <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/ActuarialStudies/LastGYearGofGLife.html> 19.05.2024.

71 Sekse R.J.T., Hunskaar I., Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis // J Clin Nurs. – 2018.– Vol. 27, №1–2. – P. 21–38.

72 Andersen I., Ytrehus S., Grov E. Palliative nursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) // KliniskSygepleje. – 2011. – Vol. 25. – P. 48–56.

73 Howell D., Hardy B., Boyd C., Ward C., Roman E., Johnson M. Community palliative care clinical nurse specialists: A descriptive study of nurse–patient interactions // International Journal of Palliative Nursing. – 2014. – Vol. 20. – P. 246–253.

- 74 Raphael D., Waterworth S., Gott M. The role of practice nurses in providing palliative and end-of-life care to older patients with long-term conditions // *International Journal of Palliative Nursing*. – 2014. – Vol. 20. – P. 373–379.
- 75 King N., Melvin J., Ashby J., Firth J. Community palliative care: Role perception // *British Journal of Community Nursing*. – 2010. – Vol. 15. – P. 91–98.
- 76 Austin L., Luker K., Caress A., & Hallett C. Palliative care: Community nurses' perceptions of quality // *Quality in Health Care*. – 2000. – Vol. 9. – P. 151–158.
- 77 Ward-Griffin C., McWilliam C., & Oudshoorn A. Negotiating relational practice patterns in palliative home care // *Journal of Palliative Care*. – 2012. – Vol. 28. – P. 97.
- 78 Arbour R.B., Wiegand D.L. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study // *Journal of Critical Care*. – 2015. – Vol. 30. – P. 857–858.
- 79 Verschuur L., Els M., Groot M.M., Van der Sande R. Nurses' perceptions of proactive palliative care: A Dutch focus group study // *International Journal of Palliative Nursing*. – 2014. – Vol. 20. – P. 241–245.
- 80 Kirby E., Broom A., Good P. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: A qualitative study // *British Medical Journal Open*. – 2014. – Vol. 4. – P. 6026.
- 81 Howell D., Hardy B., Boyd C., Ward C., Roman E., & Johnson M. Community palliative care clinical nurse specialists: A descriptive study of nurse–patient interactions // *International Journal of Palliative Nursing*. – 2014. – Vol. 20. – P. 246–253.
- 82 McCallum A., McConigley R. Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: A descriptive exploratory study // *International Journal of Palliative Nursing*. – 2013. – Vol. 19. – P. 25–30.
- 83 Ranse K., Yates P., Coyer F. End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices // *Australian Critical Care*. – 2012. – Vol. 25. – P. 4–12.
- 84 Daines P., Stilos K., Moura S., Fitch M., McAndrew A., Gill A., Wright F. Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction // *International Journal of Palliative Nursing*. – 2013. – Vol. 19. – P. 593–598.
- 85 Zheng R.S., Guo Q.H., Dong F.Q., Owens R.G. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study // *International Journal of Nursing Studies*. – 2015. – Vol. 52. – P. 288–296.
- 86 Daines P., Stilos K., Moura S., Fitch M., McAndrew A., Gill A., Wright F. Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction // *International Journal of Palliative Nursing*. – 2013. – Vol. 19. – P. 593–598.
- 87 McCallin A. M. Moderated guiding: A grounded theory of nursing practice in end-of-life care // *Journal of Clinical Nursing*. – 2011. – Vol. 20. – P. 2325–2333.

- 88 Bakhodirovna M.S., Ismailovna E.M. The role of the nurse in helping older people maintain health // *Multidisciplinary and Multidimensional Journal*. – 2025. – Vol. 4, №2. – P. 164–171.
- 89 Shawler C. Assessing and maintaining mental health in elderly individuals // *Nursing Clinics*. – 2010. – Vol. 45, №4. – P. 635–650.
- 90 Pan J., Wang P., Wang Y. Expanding role of nurses in management of dementia in geriatrics: Improving well-being of geriatric patients through quality nursing care // *Psychology, Health & Medicine*. – 2022. – Vol. 27, №3. – P. 707–714.
- 91 O'Neill M. et al. Mental health, quality of life and medication use among care home residents and community dwelling older people // *International Journal of Research in Nursing*. – 2020. – Vol. 10, №1. – P. 10–23.
- 92 Wykle M.H., Segall M.E., Nagley S. Mental health and aging: Hospital care-A nursing perspective // *Handbook of Mental Health and Aging*. – Academic Press, 1992. – P. 815–831.
- 93 Решетникова А.Н. Программы и меры безопасности для повышения качества жизни пожилых людей // *Вестник Восточно-Сибирской открытой академии*. – 2024. – №53. – P. 7–11.
- 94 Pearce S., Rogers-Clark C., Doolan J.M. A comprehensive systematic review of age-friendly nursing interventions in the management of older people in emergency departments // *JB Libr Syst Rev*. – 2011. – Vol. 9, №20. – P. 679–726.
- 95 Spilsbury K., Charlwood A., Thompson C., Haunch K., Valizade D., Devi R., Jackson C., Alldred D. P., Arthur A., Brown L., Edwards P., Fenton W., Gage H., Glover M., Hanratty B., Meyer J., Waton A. Relationship between staff and quality of care in care homes: StaRQ mixed methods study // *Health Soc Care Deliv Res*. – 2024. – Vol. 12, №8. – P. 1–139.
- 96 Укрепление сестринских и акушерских служб. Стратегические направления на 2002-2008 гг. – ВОЗ, 2002. – 145 с.
- 97 Новокрещенова И.Г., Сенченко И.К. Качество оказания медицинской помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических условиях: по данным социологического исследования // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2014. – №1 <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-pozhilym-v-ambulatorno-poliklinicheskikh-usloviyah-po-dannym-sotsiologicheskogo> 20.09.2023.
- 98 Cooper V., Clatworthy J., Youssef E., Llewellyn C., Miners A., Lagarde M., Sachikonye M., Perry N., Nixon E., Pollard A., Sabin C., Foreman C., Fisher M. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review // *BMC Health Serv Res*. – 2016. – Vol. 16, №1. – P. 677.
- 99 Kleinman J.C., Makuc D. Travel for ambulatory medical care // *Med Care*. – 1983. – Vol. 21, №5. – P. 543–557.
- 100 Huesch M.D. Long-term impact of Medicare managed care on patients treated for coronary artery disease // *Med Care*. – 2012. – Vol. 50, №1. – P. 18–26.

- 101 Leventhal E.A., Easterling D., Leventhal H., Cameron L. Conservation of energy, uncertainty reduction, and swift utilization of medical care among the elderly: Study II // *Med Care*. – 1995. – Vol. 33, №10. – P. 988–1000.
- 102 Fiscella K., Franks P., Clancy C. M. Skepticism toward medical care and health care utilization // *Med Care*. – 1998. – Vol. 36, №2. – P. 180–189.
- 103 Lamont E.B., Zaslavsky A.M., Subramanian S.V., Meilleur A.E., He Y., Landrum M.B. Elderly breast and colorectal cancer patients' clinical course: Patient and contextual influences // *Med Care*. – 2014. – Vol. 52, №9. – P. 809–817.
- 104 Chapko M., Ehreth J., Hedrick S.C., Rothman M.L. Effects of adult day health care on utilization and cost of care for subgroups of patients // *Med Care*. – 1993. – Vol. 31, №9. – P. 62–74.
- 105 Goldstein R.L., Campion E.W., Mulley A.G., Thibault G. E. Nursing home patients admitted to a medical intensive care unit // *Med Care*. – 1984. – Vol. 22, №9. – P. 854–862.
- 106 Guo J.Y., Chou Y.J., Pu C. Effect of continuity of care on drug-drug interactions // *Med Care*. – 2017. – Vol. 55, №8. – P. 744–751.
- 107 Huang E.S., Sachs G.A., Chin M.H. Implications of new geriatric diabetes care guidelines for the assessment of quality of care in older patients // *Med Care*. – 2006. – Vol. 44, №4. – P. 373–377.
- 108 Wong M.S., Grande D.T., Mitra N., Radhakrishnan A., Branas C. C., Ward K. R., Pollack C. E. Racial differences in geographic access to medical care as measured by patient report and geographic information systems // *Med Care*. – 2017. – Vol. 55, №9. – P. 817–822.
- 109 Pickard A.S., Hung Y.T., Lin F.J., Lee T.A. Patient experience-based value sets: Are they stable? // *Med Care*. – 2017. – Vol. 55, №11. – P. 979–984.
- 110 Yakusheva O., Costa D.K., Weiss M. Patients negatively impacted by discontinuity of nursing care during acute hospitalization // *Med Care*. – 2017. – Vol. 55, №4. – P. 421–427.
- 111 Siu A.L., Boockvar K.S., Penrod J.D., Morrison R.S., Halm E.A., Litke A., Silberzweig S.B., Teresi J., Ocepek-Welikson K., Magaziner J. Effect of inpatient quality of care on functional outcomes in patients with hip fracture // *Med Care*. – 2006. – Vol. 44, №9. – P. 862–869.
- 112 Roth L., Tirodkar M., Friedberg M., Smith-McLallen A., Scholle S.H. Assessing cancer patient experience of care in outpatient oncology practices in the United States // *Med Care*. – 2020. – Vol. 58, №8. – P. 744–748.
- 113 Min L.C., Reuben D.B., Keeler E., Ganz D.A., Fung C.H., Shekelle P., Roth C.P., Wenger N.S. Is patient-perceived severity of a geriatric condition related to better quality of care? // *Med Care*. – 2011. – Vol. 49, №1. – P. 101–107.
- 114 Gatsonis C.A., Epstein A.M., Newhouse J.P., Normand S.L., McNeil B.J. Variations in the utilization of coronary angiography for elderly patients with an acute myocardial infarction: An analysis using hierarchical logistic regression // *Med Care*. – 1995. – Vol. 33, №6. – P. 625–642.
- 115 Shortell S.M. Continuity of medical care: Conceptualization and measurement // *Med Care*. – 1976. – Vol. 14, №5. – P. 377–391.

116 Heflin C., Hodges L., Ojinnaka C. Administrative churn in SNAP and health care utilization patterns // *Med Care.* – 2020. – Vol. 58, №1. – P. 33–37.

117 Lamont E.B., Lauderdale D.S., Schilsky R.L., Christakis N.A. Construct validity of Medicare chemotherapy claims: The case of 5FU // *Med Care.* – 2002. – Vol. 40, №3. – P. 201–211.

118 Freeborn D.K., Pope C.R., Mullooly J.P., McFarland B. H. Consistently high users of medical care among the elderly // *Med Care.* – 1990. – Vol. 28, №6. – P. 527–540.

119 Chu H.Y., Chen C.C., Cheng S.H. Continuity of care, potentially inappropriate medication, and health care outcomes among the elderly: Evidence from a longitudinal analysis in Taiwan // *Med Care.* – 2012. – Vol. 50, №11. – P. 1002–1009.

120 Rosen A.K., Chen Q., Shin M.H., O'Brien W., Shwartz M., Mull H.J., Cevasco M., Borzecki A.M. Medical and surgical readmissions in the Veterans Health Administration: What proportion are related to the index hospitalization? // *Med Care.* – 2014. – Vol. 52, №3. – P. 243–249.

121 Hahn E.A., Cella D., Bode R.K., Gershon R., Lai J.S. Item banks and their potential applications to health status assessment in diverse populations // *Med Care.* – 2006. – Vol. 44, №11(3). – P. 189–197.

122 Rosen A.K., Chen Q., Shin M.H., O'Brien W., Shwartz M., Mull H.J., Cevasco M., Borzecki A.M. Medical and surgical readmissions in the Veterans Health Administration: What proportion are related to the index hospitalization? // *Med Care.* – 2014. – Vol. 52, №3. – P. 243–249.

123 Харрисон М.Б., Браун Г.Б., Робертс Дж., Тагвелл П., Гафни А., Грэм И.Д. Качество жизни людей с сердечной недостаточностью: Рандомизированное исследование эффективности двух моделей перехода из больницы на дом // *Мед уход.* – 2002. – Т. 40, №4. – С. 271–282.

124 Min L.C., Wenger N.S., Fung C., Chang J.T., Ganz D.A., Higashi T., Kamberg C.J., MacLean C.H., Roth C.P., Solomon D.H., Young R.T., Reuben D.B. Multimorbidity is associated with better quality of care among vulnerable elders // *Med Care.* – 2007. – Vol. 45, №6. – P. 480–488.

125 Levinson W., Hudak P.L., Feldman J.J., Frankel R.M., Kuby A., Bereknyei S., Braddock C. It's not what you say...: Racial disparities in communication between orthopedic surgeons and patients // *Med Care.* – 2008. – Vol. 46, №4. – P. 410–416.

126 Levine D.M., Morlock L.L., Mushlin A.I., Shapiro S., Malitz F.E. The role of new health practitioners in a prepaid group practice: Provider differences in process and outcomes of medical care // *Med Care.* – 1976. – Vol. 14, №4. – P. 326–347.

127 Wong E.S., Piette J.D., Liu C.F., Perkins M., Maciejewski M.L., Jackson G.L., Blough D.K., Fihn S.D., Au D.H., Bryson C.L. Measures of adherence to oral hypoglycemic agents at the primary care clinic level: The role of risk adjustment // *Med Care.* – 2012. – Vol. 50, №7. – P. 591–598.

- 128 Кульжанов М.К., Егеубаева С.А., Досмаилова А.М. Основы современной паллиативной медицины // Паллиативная помощь в Казахстане. – 2009. - №1. – С. 32–33.
- 129 Суюндигова Э.М. Паллиативная помощь в Республике Казахстан // Journal of Health Development. – 2014. – №4(13). – С. 16-36.
- 130 Kunirova G., Shakenova A. Palliative care in Kazakhstan // Journal of Pain and Symptom Management. – 2018. – Vol. 55, №2. – P. 36–40.
- 131 Salikhanov I. et al. Challenges for developing palliative care services in resource-limited settings of Kazakhstan // Public Health Reviews. – 2023. – Vol. 44. – P. 1605672.
- 132 Lynch T.J. Palliative care needs assessment Republic of Kazakhstan // СайтКазахстанскойассоциациипаллиативнойпомощи. – 2012<http://www.palliative.kz> 14.05.2024.
- 133 Kunirova G., Kaidarova D., Ansatbayeva T. Mobile teams in Kazakhstan: Improving cancer patients' access to palliative care // Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community: Global Approaches and Future Applications. – 2021. - №1. – P. 469–476.
- 134 Bekturova A. et al. Patients' and nurses' perception of the Hospice-On-Wheels service in Kazakhstan: A qualitative study. – 2024.
- 135 Ansatbayeva T.N., Kaidarova D.R., Zh K.G. Analysis of awareness of healthcare professionals about pain syndrome management in providing palliative care to cancer patients in Kazakhstan // Наукаиздравоохранение. – 2022. –Vol. 24, №1. – P. 22–29.
- 136 Ansatbayeva T.N., Kaidarova D.R., Kunirova G.Z. Analysis of population awareness about palliative care for cancer patients in the Republic of Kazakhstan. – 2021.– 148 p.
- 137 Kireyeva A. et al. Assessment of the participation of women volunteers in the palliative care system in Kazakhstan // Problems and Perspectives in Management. – 2022. – Vol. 20, №4. – P. 483.
- 138 Абдирова Т.М. Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) // Вестник АГИУВ. – 2018. – №1<https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-palliativnoy-pomoschi-v-geriatricheskoy-praktike-respubliki-kazahstan-obzor>16.02.2024.
- 139 Barnett M.J., Kaboli P.J., Sirio C.A., Rosenthal G.E. Day of the week of intensive care admission and patient outcomes: a multisite regional evaluation // Med Care. – 2002. - Vol. 40, №6. – P. 530-539.
- 140 Basu S., Landon B.E., Song Z., Bitton A., Phillips R.S. Implications of workforce and financing changes for primary care practice utilization, revenue, and cost: a generalizable mathematical model for practice management // Med Care. – 2015. - Vol. 53, №2. – P. 125-132.
- 141 Chhabra K.R., Nuliyalu U., Dimick J.B., Nathan H. Who Will be the Costliest Patients? Using Recent Claims to Predict Expensive Surgical Episodes // Med Care. – 2019. - Vol. 57, №11. – P. 869-874.

- 142 Хабриев Р.У., Линденбрaten А.Л., Коломийченко М.Е. Система критериев и показателей оценки качества оказания паллиативной медицинской помощи: организационно-методические подходы // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2020. - №4<https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-kriteriev-i-pokazateley-otsenki-kachestva-okazaniya-palliativnoy-meditsinskoj-pomoschi-organizatsionno-metodicheskie> 17.02.2023.
- 143 Тополь Э. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. - New York: Basic Books, 2019. - 400 p.
- 144 Kourkouta L., Papathanasiou I.V. Communication in nursing practice // Mater Sociomed. – 2014. - Vol. 26, №1. – P. 65-67.
- 145 Gao Q., Zhang B., Zhou Q., Lei C., Wei X., Shi Y. The impact of provider-patient communication skills on primary healthcare quality and patient satisfaction in rural China: insights from a standardized patient study // BMC Health Serv Res. – 2024. - Vol. 24. – P. 579.
- 146 Chichirez C.M., Purcărea V.L. Interpersonal communication in healthcare // J Med Life. – 2018. - Vol. 11, №2. – P. 119-122.
- 147 Асимов М.А., Доцанов Д.Х. Сообщение плохих новостей: учебное пособие. - Алматы: Эверо, 2014. - 100 p.
- 148 Constand M.K., MacDermid J.C., Dal Bello-Haas V., Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare // BMC Health Serv Res. – 2014. - Vol. 14. – P. 271.
- 149 Kirca N., Bademli K. Relationship between communication skills and care behaviors of nurses // Perspect Psychiatr Care. – 2019. - Vol. 55, №4. – P. 624-631.
- 150 Lucas P., Jesus É., Almeida S., Araújo B. Relationship of the nursing practice environment with the quality of care and patients' safety in primary health care // BMC Nurs. – 2023. - Vol. 22. – P. 413.
- 151 Shaw C.A., Knox K., Bair H., Watkinson E., Weeks D., Jackson L. Is elderspeak communication in simulated hospital dementia care congruent to communication in actual patient care? A mixed-methods pilot study // J Clin Nurs. – 2024. - Vol. 33, №9-10. – P. 2285-2299.
- 152 Sheldon L.K., Barrett R., Ellington L. Difficult communication in nursing // J Nurs Scholarsh. – 2006. - Vol. 38, №2. – P. 141-147.
- 153 Prado-Gascó V.J., Giménez-Espert M.C., Valero-Moreno S. The influence of nurse education and training on communication, emotional intelligence, and empathy // Rev Esc Enferm USP. – 2019. - Vol. 53. – P. 3465.
- 154 Mazzella Ebstein A.M., Pereira S., Bastien B., Delmas P., Mourtada R., Verga M.E. The relationships between coping, occupational stress, and emotional intelligence in newly hired oncology nurses // Psychooncology. – 2019. - Vol. 28, №2. – P. 278-283.
- 155 Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. - New York: Springer Publishing Company, 1984. - 451 p.

156 Ay M.K., Temizkan A., Akkaya B., Oltulu R., Ay N. Evaluation of the effects of emotional intelligence status on the communication skills of the faculty of medicine students // Marmara Med J. – 2021. - Vol. 34, №2. – P. 157-166.

157 Асимов М.А., Багиярова Ф.А., Мадалиева С.Х. и др. Руководство по самосовладанию. – Алматы: ТОО "Литера-М", 2020. – 144 р.

158 Асимов М.А., Абдулла К.Е. Проблема смерти в онкологии и самосовладание // Сборник тезисов IX съезда онкологов и радиологов Казахстана с международным участием. - Астана, 2023. - 76 р.

159 Асимов М.А., Васько Т.П., Абдулла К.Е. Психотерапия методом самосовладания патологического гемблинга коморбидного со специфической фобией: клинический случай // Eurasian Journal of Current Research in Psychology and Pedagogy. - 2024. - №1. – P. 26-33.

160 Nurmagambetova S., Assimov M. The self-coping method in online psychological aid at COVID-19 pandemic // Indian J Psychiatry. – 2020. - Vol. 62, №3. – P. 414-419.

161 Методика для психологической диагностики способов совладения со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. – Спб., 2009. – 39 р.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Уважаемые коллеги!

Данное анкетирование является анонимным. Вся полученная информация конфиденциальна и необходима для получения статистических данных.

Выбранный ответ следует обвести.

1. Ваш пол:
 1. Мужчина;
 2. Женщина.
2. Пожалуйста укажите Ваш возраст:
 1. 20-30;
 2. 30-40;
 3. 40-50;
 4. 50-60;
 5. старше 60 лет.
3. Укажите пожалуйста Ваше образование:
 1. Среднее специальное;
 2. Прикладной бакалавриат;
 3. Академический бакалавриат;
 4. Высшее.
4. Укажите, пожалуйста, стаж работы (лет):
 1. 5 и менее;
 2. 10-15;
 3. 15-20;
 4. 20-25;
 5. 25 и более.
5. Мотивация к работе (можно отметить несколько ответов):
 1. Материальный доход;
 2. Работаю, потому что нравится оказывать моральную помощь;
 3. Близкое расположение медицинской организации к дому;
 4. Не нравится, но работать надо;
 5. Другое _____
6. Как Вы оцениваете свое условия работы?
 1. Отлично;
 2. Хорошее;
 3. Удовлетворительное;
 4. Неудовлетворительное.
7. Испытываете ли Вы трудности в общении с коллегами?
 1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить.
8. Испытываете ли Вы трудности в общении с пациентами?

1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить.
9. Считаете ли Вы, что помощь пациентам оказывается в полном объеме?
1. Да
 2. Нет
 3. Затрудняюсь ответить.
10. Используете ли Вы знания, полученные на курсах повышения квалификации?
1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить.
11. Как Вы считаете, материально-техническое обеспечение в отделении отвечает нормам и может быть эффективной в работе?
1. Да;
 2. Нет;
 3. Не в полном объеме.
12. Обучаете ли Вы пациентов и их родственников навыкам самообслуживания, массажа, лечебной физкультуры?
1. Да;
 2. Нет.
13. Часто ли Вы находитесь в стрессовых ситуациях на рабочем месте?
1. Да;
 2. Нет.
14. Влияет ли стресс на Ваше отношение с коллегами?
1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить.
15. Влияет ли стресс на Ваше отношение с пациентами?
1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить.
16. Когда Вы были последний раз в трудовом отпуске?
1. 6 месяцев назад;
 2. 1 год назад;
 3. Не был(а).
17. Какие у Вас приоритеты на работе?
1. Коллектив;
 2. Зарплата;
 3. Общение с пациентами.
 4. Другое _____
18. Вас устраивает Ваше финансовое положение?
1. Устраивает
 2. Не устраивает

3. Укажите причину которая не устраивает ваше финансовое положение.
19. Устраивает ли Вас уровень автоматизации вашего рабочего места?
1. Устраивает;
 2. Не устраивает;
 3. Затрудняюсь ответить.
20. Сколько времени Вы уделяете на общение с родственниками пациента за смену?
1. Меньше 1 часа;
 2. 1 час;
 3. 2-3 часа;
 4. 3-5 часов;
 5. Больше 5 часов.
21. Сколько времени Вы тратите на оформление медицинской документации?
1. Меньше 1 часа;
 2. 1 час;
 3. 2-3 часа;
 4. 3-5 часов;
 5. Больше 5 часов.
22. Как Вы считаете, удовлетворены ли пациенты качеством сестринского ухода?
1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить.
23. На какие виды деятельности Вам хотелось бы использовать больше времени, чем сейчас?
- 1) Общение с пациентами;
 - 2) Выполнение манипуляций;
 - 3) Взаимоотношение с коллегами;
 - 4) Санитарно-просветительская работа;
 - 5) Работа с документами;
 - 6) Проведение дезинфекции;
24. Какие мероприятия используются для снижения эмоционального выгорания в Вашей медицинской организации?
- 1) Бассейн;
 - 2) Тренажерный зал;
 - 3) Комнаты отдыха;
 - 4) Тренинги;
 - 5) Коллективные культурные и спортивные мероприятия;
 - 6) Санатории;
 - 7) Консультация психолога
 - 8) Другое _____
25. Применяются ли научные достижения в Вашей работе?
1. Да;
 2. Нет;

3. Затрудняюсь ответить.

26. Укажите пожалуйста количество пациентов, за которыми Вам приходится ухаживать за время Вашей смены.

- 1) 1-5 пациентов;
- 2) 5-10 пациентов;
- 3) 10-15 пациентов;
- 4) Более 15 пациентов.

27. Сколько времени Вы в среднем тратите на уход за одним пациентом?

- 1) Менее 20 минут;
- 2) 21-30;
- 3) 31-45;
- 4) Более сорока пяти минут.

28. Сколько времени за смену Вы проводите вне отделения?

- 1) Меньше 1 часа;
- 2) 1 час от всего рабочего времени;
- 3) 2-3 часа от всего рабочего времени;
- 4) 3-5 часов от всего рабочего времени;
- 5) Больше 5 часов.

29. Сколько Вашего времени уходит на телефонные переговоры по работе?

- 1) Меньше 1 часа;
- 2) 1 час;
- 3) 2-3 часа;
- 4) 3-5 часов;
- 5) Больше 5 часов.

30. Ваши предложения по повышению качества сестринского ухода за пациентом? _____

Уважаемые пациенты!

Данное анкетирование является анонимным. Вся полученная информация конфиденциальна и необходима для получения статистических данных. Выбранный ответ следует обвести.

1. Ваш пол:

- а) Мужской;
- б) Женский.

2. Укажите пожалуйста Ваш возраст:

3. Что, по Вашему мнению, играет наиболее важную роль в деятельности медсестры?

- а) Внешний вид;
- б) Навыки общения с людьми;
- в) Профессиональные знания, умения.

4. Ваше первое впечатление от встречи с медицинскими сестрами?

- 1) доброжелательное и приветливое
- 2) «сухие» профессионалы
- 3) умные и понимающие
- 4) первый раз вижу таких равнодушных людей
- 5) внимательные и заинтересованные люди, готовые помочь и ответить на все интересующие вопросы
- 6) почувствовал себя никому не нужным

5. Во время пребывания в больнице как часто медсестры относились к Вам вежливо и уважительно?

- 1) никогда
- 2) иногда
- 3) как правило
- 4) всегда

6. Оцените Ваше доверие к профессионализму среднего медицинского персонала отделения?

- 1) отлично
- 2) хорошо
- 3) удовлетворительно
- 4) плохо

7. Оцените уровень организации сестринской помощи в отделении?

- 1) отлично
- 2) хорошо
- 3) удовлетворительно
- 4) плохо

8. Оцените уровень разъяснительной работы, которые проводят медицинские сестры при выполнении манипуляции?

- 1) отлично

- 2) хорошо
 - 3) удовлетворительно
 - 4) неудовлетворительно
9. Какой стиль общения медицинских сестер преобладает в отделении?
- 1) деловой
 - 2) приказной
 - 3) доброжелательное
 - 4) безразличный
 - 5) иное _____
10. Как часто во время пребывания в больнице медсестры внимательно выслушивали Вас?
- 1) Никогда
 - 2) Иногда
 - 3) В большинстве случаев
 - 4) Всегда
11. Какими качествами должны обладать медицинские сестры, осуществляющие за Вами уход?
- 1) профессионализм
 - 2) заинтересованность в каждом пациенте
 - 3) сострадание и милосердие
 - 4) доброжелательность
 - 5) Другое _____
12. Удовлетворяет ли Вас навыки общения медсестры с пациентами?
- а) Да;
 - б) Нет;
 - в) Затрудняюсь ответить.
13. Часто ли Вы сталкиваетесь с равнодушием, черствостью со стороны медсестер?
- а) Да;
 - б) Нет;
 - в) Затрудняюсь ответить.
14. Возникает ли у Вас конфликтные ситуации с медсестрами? (Если да, то укажите в следующем вопросе):
- а) Да;
 - б) Нет;
 - в) Затрудняюсь ответить.
15. Укажите причину конфликтной ситуации с медсестрой? (можно отметить несколько вариантов):
- а) Грубость;
 - б) Невнимательность;
 - в) Равнодушие;
 - г) Медлительность;
 - д) Плохое исполнение профессиональных обязанностей;
 - е) Отсутствие милосердия;

- ж) Недоброжелательность;
 - з) Отсутствие отзывчивости.
16. Укажите какими негативными качествами медсестры Вы сталкивались в отделении?
- а) Грубость;
 - б) Невнимательность;
 - в) Равнодушие;
 - г) Медлительность;
 - д) Плохое исполнение профессиональных обязанностей;
 - е) Отсутствие милосердия;
 - ж) Недоброжелательность;
 - з) Отсутствие отзывчивости.
17. Достаточно ли времени уделяет медсестра пациентам?
- а) Да;
 - б) Нет.
18. Получаете ли Вы ответы от медсестры на все интересующие вас вопросы?
- а) Да;
 - б) Нет.
19. Удовлетворены ли Вы тем, как медсестра выполняет назначения врача?
- а) Да;
 - б) Нет.
20. Оцените качество работы медицинской сестрой по 5 бальной системе:
- а) 1;
 - б) 2;
 - в) 3;
 - г) 4;
 - д) 5.
- (1- очень плохо, 2-неудовлетворительно, 3-удовлетворительно, 4-хорошо, 5-отлично).
21. Проводит ли медсестра идентификацию (подтверждение Вашей личности, медицинского назначения)?
- а) Да;
 - б) Нет.
22. Знакомит ли Вас медсестра с листом назначения процедур?
- а) Да;
 - б) Нет.
23. Дают ли Вам медсестры информацию о правилах приема лекарств, сдачи анализов, назначенных врачом?
- а) Да;
 - б) Нет;
 - в) Не все.
24. Считаете ли Вы объем полученной информации достаточным?
- 1) да

2) нет

25. Удовлетворены ли Вы качеством работы медсестер?

1) да

2) нет

26. Как Вы оцениваете качество работы медсестры?

1) хорошее

2) удовлетворительное

3) неудовлетворительное

27. По Вашему мнению, каковы причины низкого качества работы медицинских сестер? (можно отметить несколько ответов)

а) Низкий уровень профессиональных знаний и умений;

б) Большая нагрузка на медсестер;

в) Низкая оплата труда;

г) Другое (указать) _____

28. Смогли ли Вы беспрепятственно и в полном объеме получить сестринскую помощь?

1) да

2) нет

3) больше да, чем нет

4) больше нет, чем да

5) затрудняюсь ответить

29. Назовите основные факторы, отрицательно влияющие на качество труда медсестер. (можно отметить несколько ответов)

а) Недостаточное материально-техническое оснащение;

б) Большая нагрузка на медсестер;

в) Низкая материальная заинтересованность;

г) Низкий уровень мотивации.

30. Ваши предложения по улучшению качества сестринской помощи. (можно отметить несколько ответов)

а) Обучить медсестер психологии общения с коллегами;

б) Обучить медсестер психологии общения с пациентами;

в) Добросовестно относиться к труду;

г) Обучить медсестер навыкам рационального распределения рабочего времени;

д) Повысить престиж профессии медсестер;

е) Улучшить материально-техническое оснащение;

ж) Увеличить число медсестер;

з) Усилить контроль над работой медсестер;

и) Повысить зарплату;

к) Повысить уровень мотивации.

Благодарим Вас за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Свидетельство



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

КУӘЛІК
2022 жылғы «29» шілде № 28092

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
**ИСЕНОВА БАЛДАЙ КАИМУЛТИНОВНА, Алимбетова Гульшара Ергалиевна, Канушина Марила
Алексеевна, Асимова Марах Абубакриевна**

Авторлық құқық объектісі: әдеби туынды

Объектінің атауы: Анкета в рамках выполнения докторской диссертации по специальности D10104
"Сестринская наука"

Объектіні жасаған күні: 30.06.2022





Құжат тіркелгенін тексеру үшін <http://www.kazpatent.kz/nr/saitynyk>
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>
Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

ЭЦҚ қол қойылды Е. Оспанов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 28092 от «29» июля 2022 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
**НСЕНОВА БАЛДАЙ КАЗИМУЛТИНОВНА, Ахметжан Гулжигар Ерғалиевна, Канушинов Марина
Александровна, Асимов Марах Абулхакисович**

Вид объекта авторского права: принципиальная диссертация

Наименование объекта: Диссертация в рамках выполнения докторской диссертации по специальности D10104
"Сестринская наука"

Дата создания объекта: 30.06.2022



Копия удостоверения <http://www.kazpatent.kz> размещена
в разделе «Авторские права» Бюллетеня патентного фонда <http://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа можно проверить на сайте kazpatent.kz
в разделе «Авторские права» <http://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Свидетельство

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК

2024 жылғы «06» қараша № 51128

Автордың (арздың) жөні, ісі, мәнінің аты (егер ол жеке басқа куәландырылған жағдайда көрсетілсе):
**ИСЕНОВА БАЛЛАЙ КАЛИМУЛЛИНОВНА, Ақылбекта Гулшара Ерстембетовна, Асияна Мараг,
Аубакржевич, Мысалық Карина Ерланқылы, Канушшина Мария Алексеевна**

Авторлық құқық объектісі: **десен, тұлғаны.**

Объектінің алуы: **Тренинг, дизайн, жасқау, дизайн, композиция, самосознания, и коммуникация**

Объектінің жасалу күні: **03.11.2024**

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ АРХИТЕКТУРА ЖӘНЕ ҚҰРАМДЫҚ САНАУ МІНІСТІРЛІГІ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ АРХИТЕКТУРА ЖӘНЕ ҚҰРАМДЫҚ САНАУ МІНІСТІРЛІГІ

Құжаттың тексерушісі: <http://www.kazpatent.kz> сайтында
"Авторлық құқық" бөлімінде тексерілген болыпды. <http://www.kazpatent.kz>

Подлинность документа можно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <http://www.kazpatent.kz>

ӘКЖ қол қойылды

С. Ахметов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**

№ 51128 от «06» ноября 2024 года

Фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
**ИСЕНОВА БАЛДЫ КАЗИМУЛДИНОВНА, Анобистова Гульнара Ерсадыкына, Асенов Марат,
Абубакриевич, Абдулла Кирина Ерланқызы, Кюнушина Мария Александровна**

Вид объекта авторского права: **произведения литературы**

Наименование объекта: **Тренинг развития интегративной компетенции, самосознания и коммуникации**

Дата создания объекта: **03.11.2024**



Копия удостоверения: <https://aipr.kz> или <https://copyright.kazpatent.kz>
"Агентство по интеллектуальным правам" <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте copyright.kazpatent.kz
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЗЦП

С. Ахметов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 53182 от «5» января 2025 года

Фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
**ВСЕНОВА БАЛДЫ КАСИМУЛЛИНОВНА, Абибиста Гүлшара Ерғалиевна, Асылым Марат,
Абулжирекши, Жауыншол Марина Алексеевна, Абдулла Карина Ерденқызы**

Вид объекта авторского права: **приведение литературы**

Наименование объекта: **Программа «Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе
по обеспечению качества жизни и медицинского персонала паллиативного и старческого возраста»**

Дата создания объекта: **30.12.2024**



Директ. подтверждения: <https://www.kazpatent.kz/ru/verifikatsiya>
"Авторское право" Бесплатное онлайн-обозрение: <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа можно проверить на сайте [kazpatent.kz](https://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЗЦП

С. Ахметов

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Акт

БЕКІТЕМІН

Шымкент қ.,

ШЖҚ МКК "Т.О. Орынбаев атындағы
гипербариялық оттегімен қанықтыру
орталығы бас дәрігері
Ермаханбетова М.С.
«19» «06» 2023г

ЕНГІЗУ АКТІ

Шымкент қ., ШЖҚ МКК "Т.О. Орынбаев атындағы гипербариялық оттегімен қанықтыру орталығы", (паллиативтік көмек бөлімшесі).

Ұсыныстың атауы: «Егде жастағы және кәрілік жастағы пациенттердің өмір сүру сапасы мен психикалық денсаулығын қамтамасыз етуде мейірбикелік көмекті ұйымдастырудың ғылыми негізделген тәсілдері».

Мекеменің атауы, ұсыныстың авторлары: С.Ж. Асфендияров Атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті» Аимбетова Г.Е., Исенова Б.К.

Тақырыптың атауына сәйкес жасалынған ұсыныс: Егде жастағы және кәрілік жастағы пациенттердің өмір сүру сапасы мен психикалық денсаулығын қамтамасыз ету бойынша мейірбикелік көмекті ұйымдастырудың жай күйін зерттеу.

Іске асыру нысаны: (әдістемелік ұсыныстар, оқулық, техникалық құжаттар, мамандар тәжірибесі, ғылыми жариялымдар) әдістемелік ұсыныстар.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау, медициналық ғылым, шаруашылық саласы (астынсызу).

Жүзеге асыру деңгейі: Республикалық, облыстық, аймақтық, жергілікті (астынсызу). Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қандай жерде пайдаланылуда:

Шымкент қ., ШЖҚ МКК "Т.О. Орынбаев атындағы гипербариялық оттегімен қанықтыру орталығы", (паллиативтік көмек бөлімшесі), егде жастағы пациенттердің сапасы мен психикалық денсаулығын жақсарту үшін, ғылыми негізделген тәсілдер алгоритмін енгізу. Егде жастағы адамдарға паллиативтік көмек деңгейінде енгізу. Әдістемелік нұсқаулықтар көмек алатын егде жастағы науқастардың өмір сүру және көрсетілетін көмектің сапасын арттыруға ықпал етеді.

Ғылыми жетекші м.ғ.к, профессор:



Аимбетова Г.Е.

Ұсыныс енгізу бойынша автор

ҚУМУ PhD докторанты:



Исенова Б.К.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Акт

БЕКІТЕМІН



Астана қ.
ШЖҚ МКК, «Көпсалалы
медициналық орталық»
директорі
м.ғ.к., М.Е.Тұлеутаев
« 11 » « 04 » 2023г.

Ғылыми ізденіс жұмысының нәтижесін енгізу АКТІ

Астана қ, ШЖҚ МКК, "Көпсалалы медициналық орталық", (паллиативтік
көмек бөлімшесі).

Ұсыныстың атауы: «Егде жастағы және кәрілік жастағы пациенттердің
өмір сүру сапасы мен психикалық денсаулығын қамтамасыз етуде
мейіркелік көмекті ұйымдастырудың ғылыми негізделген тәсілдері».

Мекеменің атауы, ұсыныстың авторлары: С.Ж. Асфендияров Атындағы
Қазақ Ұлттық Медицина Университеті) асс.профессор Г.Е. Аимбетова., PhD
докторанты Б.К. Исенова.

Тақырыптың атауына сәйкес жасалынған ұсыныс: Егде жастағы және
кәрілік жастағы пациенттердің өмір сүру сапасы мен психикалық
денсаулығын қамтамасыз ету бойынша мейіркелік көмекті
ұйымдастырудың жай күйін зерттеу.

Іске асыру нысаны: (әдістемелік ұсыныстар, оқулық, техникалық құжаттар,
мамандар тәжірибесі, ғылыми жариялымдар) әдістемелік ұсыныстар.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау, медициналық ғылым,
шаруашылық саласы (астың сызу).

Жүзеге асыру деңгейі: Республикалық, облыстық, аймақтық, жергілікті
(астың сызу).

**Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қандай
жерде пайдаланылуда:** Астана қ, ШЖҚ МКК, "Көпсалалы медициналық
орталық", (паллиативтік көмек бөлімшесі), егде жастағы пациенттердің сапасы
мен психикалық денсаулығын жақсарту үшін, ғылыми негізделген тәсілдер
алгоритмін енгізу. Егде жастағы адамдарға паллиативтік көмек деңгейінде
енгізу. Әдістемелік нұсқаулықтар көмек алатын егде жастағы пациенттердің
өмір сүру және көрсетілетін көмектің сапасын арттыруға ықпал етеді.

Ғылыми жетекші асс.профессор:

Г.Е. Аимбетова.

Ұсыныс енгізу бойынша автор

ҚУМУ PhD докторанты:

Б.К. Исенова.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж
Опросник способов совладания (ОСС–WSCQ). Ключ обработки данных.
Нормы. Бланк опросника ОСС (WSCQ)

Имя или Шифр _____

Семейное положение:

- Холост
- Замужем/женат
- Вдова/вдовец
- Проживаем отдельно/разведен

Припомните пожалуйста, трудную (стрессовую) ситуацию, которая произошла с Вами в течение прошлой недели.

Под «стрессовой» мы имеем в виду такую ситуацию, которая вызвала у Вас беспокойство, так как расстроила Вас, или Вам пришлось приложить значительные усилия, чтобы с ней справиться. Она может касаться вашей семьи, работы, друзей, всего, что Вы считаете важным. Вспомните ситуацию в деталях: где она произошла, кто участвовал в ней, как Вы вели себя, и почему она была так важна для Вас. Может быть, Вы все еще включены в переживание этой ситуации, самой трудной за прошлую неделю.

Думая об этой ситуации, опишите, как Вы с ней справились (справляетесь), используя приведенные ниже утверждения.

**ПОЖАЛУЙСТА, ПОСТАРАЙТЕСЬ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА
КАЖДОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ**

Таблица А 1

ОКАЗАВШИСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я...	никогда	редко	иногда	часто
1	2	3	4	5
...сосредотачивался на том, что мне нужно было Делать дальше—на следующем шаге	0	1	2	3
...начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное —делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
...пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
...говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
...критиковал и укорял себя	0	1	2	3
...пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
...надеялся на чудо	0	1	2	3
...смирился с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
...вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
...старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
...старался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3

Продолжение таблицы А1

1	2	3	4	5
...спал больше обычного	0	1	2	3
...срывал злость на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
...принимал сочувствие и понимание от кого-нибудь	0	1	2	3
...был вдохновлен, чтобы творчески отнестись к проблеме	0	1	2	3
...пытался забыть все это	0	1	2	3
...обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
...менялся к лучшему, рос как личность	0	1	2	3
...извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
...составлял план действий и следовал ему	0	1	2	3
...старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
...понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
...набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
...говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
...пытался улучшить самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
...рисковал бездумно для решения проблемы	0	1	2	3
...старался действовать неспеша, не доверяясь первому порыву	0	1	2	3
...находил новую веру во что-то	0	1	2	3
...вновь открывал для себя что-то важное в жизни	0	1	2	3
...что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
...в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
...не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
...спрашивал совета у родственника или друга, которого уважал	0	1	2	3
...старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят мои дела	0	1	2	3
...отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
...говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
...стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
...вымещал это на других людях	0	1	2	3
...пользовался прошлым опытом – мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3

Продолжение таблицы А 1

1	2	3	4	5
...знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
...отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
...давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
...находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
...старался, чтобы мои чувства не мешали мне в других делах	0	1	2	3
...что-то менял в себе	0	1	2	3
...хотел, чтобы все это скорее как-то решилось или закончилось	0	1	2	3
...представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
...молился	0	1	2	3
...прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
...думало том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему	0	1	2	3

КЛЮЧ обработки данных ОСС (описание копинг-шкал)

1. Конфронтативный копинг: описывает агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

Пункты: 2 3 13 21 26 37 (max 18 баллов)

2. Дистанцирование: описывает когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость.

Пункты: 8 9 11 16 32 35 (max 18 баллов)

3. Самоконтроль: описывает усилия по регулированию своих чувств и действий. Пункты: 6 10 27 34 44 49 50 (max 21 балл)

4. Поиск социальной поддержки: описывает усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки от других людей.

Пункты: 4 14 17 24 33 36 (max 18 баллов)

5. Принятие ответственности: признание собственной роли в проблеме с сопутствующей темой ее решения.

Пункты: 5 19 22 42 (max 12 баллов)

6. Бегство-избегание: описывает мысленное стремление, уход в фантазии и поведенческие усилия, направленные на бегство или избегание проблемы (а не дистанцирование от нее).

Пункты: 7 12 25 31 38

7. Планирование решения проблемы: описывает намеренные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблемы.

Пункты: 1 2030394043 (max 18 баллов)

8. Положительная переоценка: описывает усилия по созданию положительного смысла ситуации фокусированием на росте собственной личности, включая религиозный опыт.

Пункты: 15182328294548 (max 21 балл)

Обработка данных

1. Баллы:

никогда – 0 баллов

редко – 1 балл

иногда – 2 балла

часто – 3 балла

2. Подсчет **сырых** баллов: необходимо сложить сырые баллы по каждому вопросу шкалы и получить общую сумму баллов. Сырые баллы описывают копинг-усилия по каждой из 8-микопинг-стратегий. Высокие сырые баллы обозначают, что человек часто вел себя в стрессовой ситуации так, как описано в данной копинг-шкале.

3. Подсчет **относительных** баллов: относительные баллы описывают пропорцию или соотношение копинг-усилий, представленных каждым типом копинга или копинг-шкалой и целого, то есть общей суммы баллов. Они выражаются как процент от 0 до 100 %. Высокий относительный балл по шкале означает, что человек использует данные способы поведения чаще, чем другие.

Чтобы подсчитать относительный балл, нужно:

1) Подсчитать среднее по каждой шкале, разделив общую сумму сырых баллов на количество вопросов в шкале.

2) Сложить средние баллы всех шкал.

3) Разделить средний балл по каждой шкале (от 1-й до 8-й) на сумму средних баллов по всем шкалам (см. пункт 2). Это и будет относительный балл по шкале.

Другими словами, фактический (полученный, сырой балл по шкале) нужно разделить на максимальный теоретический балл по этой же шкале и умножить на 100. Полученное значение и будет относительной величиной. Максимальный теоретический балл по шкале находится так: максимальная оценка (в данной методике это 3 балла) умножается на количество вопросов, формирующих шкалу.

Какой бы балл вы не получили он все равно приравнивается к 100%.

Нормы опросника OCC (WCQ) по сумме баллов (смешанная выборка, n= 219 чел., возраст 15-19 лет, средний возраст-17 лет)

Таблица А2

Копинг-стратегии	N	Среднее	Minimum	Maximum	Нижний квартиль	Верхний квартиль	SD
Конфронтативный копинг	219	9,543	0,00000	16,00000	8,00000	11,00000	2,809174
Дистанцирование	219	9,534	1,00000	16,00000	8,00000	11,00000	2,797839
Самоконтроль	219	12,680	1,00000	19,00000	11,00000	15,00000	3,066260
Поиск социальной поддержки	219	10,086	0,00000	17,00000	8,00000	13,00000	3,482164
Принятие ответственности	219	7,009	0,00000	12,00000	6,00000	9,00000	2,284754
Избегание	219	11,164	1,00000	22,00000	8,00000	14,00000	3,913094
Планирование решения проблемы	219	11,397	3,00000	18,00000	10,00000	13,00000	3,090707
Положительная переоценка	219	12,000	1,00000	19,00000	10,00000	14,00000	3,252381

Таблица А3

Копинг-стратегии	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Конфронтативный копинг	От 0 до 7	От 8 до 11	От 12 до 16
Дистанцирование	От 1 до 7	От 8 до 11	От 12 до 16
Самоконтроль	От 1 до 10	От 11 до 15	От 16 до 19
Поиск социальной поддержки	От 0 до 7	От 8 до 13	От 14 до 17
Принятие ответственности	От 0 до 5	От 6 до 9	От 10 до 12
Избегание	От 1 до 7	От 8 до 14	От 15 до 22
Планирование решения проблемы	От 3 до 9	От 10 до 13	От 14 до 18
Положительная переоценка	От 1 до 9	От 10 до 14	От 15 до 19

Нормы опросника ОСС - WCQ по процентным значениям каждой шкалы, вычисленным по формуле: $\% = (\text{сумма баллов по шкале}) / (\text{максимум баллов по шкале})$

***100% (средний возраст-17 лет)**

Таблица А4

Копинг-стратегии	N	Средне е	Minimum	Maximum	Нижний квартиль	Верхний квартиль	SD
Конфронтативный копинг	219	53,01933	0,00000	88,9000	44,40000	61,1111	15,61077
Дистанцирование	219	52,96722	5,55556	88,9000	44,40000	61,1111	15,54790
Самоконтроль	219	60,38454	4,76190	90,5000	52,40000	71,40000	14,60377
Поиск социальной поддержки	219	56,03881	0,00000	94,4444	44,40000	72,20000	19,34466
Принятие ответственности	219	58,40928	0,00000	100,0000	50,00000	75,00000	19,04203
Избегание	219	46,51781	4,20000	91,7000	33,33333	58,30000	16,30428
Планирование решения проблемы	219	63,31857	16,66667	100,0000	55,55556	72,22222	17,16936
Положительная переоценка	219	57,14501	4,80000	90,5000	47,60000	66,70000	15,48558

Таблица А5

Копинг-стратегии	Низкие значения(%)	Средние значения(%)	Высокие значения(%)
Конфронтативный копинг	От 0 до 43	От 44 до 61	От 62 до 89
Дистанцирование	От 6 до 43	От 44 до 61	От 62 до 89
Самоконтроль	От 5 до 51	От 52 до 71	От 72 до 91
Поиск социальной поддержки	От 0 до 43	От 44 до 72	От 73 до 94
Принятие ответственности	От 0 до 49	От 50 до 75	От 76 до 100
Избегание	От 4 до 32	От 33 до 58	От 59 до 92
Планирование решения проблемы	От 17 до 55	От 56 до 72	От 73 до 100
Положительная переоценка	От 5 до 47	От 48 до 67	От 68 до 91

Таблица А6 –Нормы опросника OCC(WCQ) по сумме баллов (смешанная выборка n=278чел.,старше20 лет)

Копинг-стратегии	N	Среднее	Minimum	Maximum	Нижний квартиль	Верхний квартиль	SD
Конфронтативный копинг	278	8,99871	1,00000	17,0000	7,00000	11,00000	2,749992
Дистанцирование	278	8,66432	1,00000	16,0000	7,00000	10,98000	3,090673
Самоконтроль	278	13,68734	4,00000	21,0000	11,97000	16,00000	3,080876
Поиск социальной поддержки	278	10,69209	0,00000	17,0000	8,00000	13,00000	3,167680
Принятие ответственности	278	7,36403	0,00000	12,0000	6,00000	9,00000	2,182341
Избегание	278	10,56388	3,00000	23,0000	8,00000	13,00000	3,596281
Планирование решения проблемы	278	12,73770	2,00000	18,0000	11,00000	15,00000	2,899642
Положительная переоценка	278	12,31953	3,57000	21,0000	10,00000	15,00000	3,483785

Таблица А7

Копинг-стратегия	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Конфронтативный копинг	От 1 до 6	От 7 до 11	От 12 до 17
Дистанцирование	От 1 до 6	От 7 до 11	От 12 до 16
Самоконтроль	От 4 до 11	От 12 до 16	От 17 до 21
Поиск социальной поддержки	От 0 до 7	От 8 до 13	От 14 до 17
Принятие ответственности	От 0 до 5	От 6 до 9	От 10 до 12
Избегание	От 3 до 7	От 8 до 13	От 14 до 23
Планирование решения проблемы	От 2 до 10	От 11 до 15	От 16 до 18
Положительная переоценка	От 4 до 9	От 10 до 15	От 16 до 21

ПРИЛОЖЕНИЕ И

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины:

«Повышение интегративной компетентности медицинских сестер в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста»

Общее количество часов: 40 часов

Лекций: 6 часов

Семинарские занятия: 6 часов

Практические занятия: 20 часов

Самостоятельная работа слушателя: 8 часов

Алматы, 2024г

1. Пояснительная записка:

Профессиональные качества медицинской сестры определяются её практическими и коммуникативными навыками. Однако в сложных ситуациях профессиональной деятельности, где переплетаются медицинские, социальные и психологические факторы в наиболее значимых формах, одних этих качеств может быть недостаточно для успешного решения задач, связанных с пациентами.

В таких случаях медицинской сестре требуется максимальная мобилизация собственных ресурсов, которые определяются её личными психофизическими характеристиками. Важно, насколько она способна сохранять самообладание и применять эффективные копинг-стратегии. Таким образом, профессионализм медицинской сестры заключается не только во владении практическими и коммуникативными навыками, но и в умении управлять собой в стрессовых ситуациях.

В связи с этим актуальным становится вопрос разработки обоснованных программ, направленных на повышение компетентности в трёх ключевых направлениях: практических навыках, коммуникативных умениях и навыках самосовладания. Представленная программа опирается на научную основу и включает аспекты интегративного развития как коммуникативной компетенции, так и навыков самосовладания.

Цель обучения

Повышение уровня интегративной коммуникативной и компетенции самосовладания в работе по обеспечению качества жизни и ментального здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.

Задачи курса

- Формирование необходимых знаний по модели интегративного использования коммуникативной и компетенции самосовладания в практической деятельности.

- Формирование коммуникативных навыков в интеграции с навыками самосовладания.
- Применение интегративных компетенций при взаимодействии с пациентами в экологическом пространстве.
- Создание экологического пространства в профессиональной среде.

Таблица Б 1 -Тематический план лекций

Тема	Содержание	Объем часов
Базовые навыки коммуникации медицинской сестры	Правила приветствия. Последовательность установления первичного контакта. Принципы активного слушания. Эмпатия и Обратная связь. Навыки комментирования, как необходимое сопровождение практических навыков.	1
Базовые функции самосовладания	Основа самосовладания - дифференция психического состояния. От способности наблюдения за своим психическим состоянием, к способности управления.	1
Внутренние конфликты	Внутренние конфликты в самосовладании. Техника «Диалог».	1
Проблемные состояния.	Принципы проработки проблемных состояний.	1
Принципы интеграции коммуникации и самосовладания	Сочетанное применения навыков коммуникации и самосовладания.	1
Экологическое поведение	Принципы экологического взаимодействия и создания экологического пространства коммуникации.	1
Всего		6

Таблица Б 2 - Тематический план семинаров

Наименование тем семинарских занятий	Краткое содержание	Объем часов
1	2	3
Базовые навыки коммуникации и самосовладания в едином пространстве коммуникации.	Навыки приветствия, установления первичного контакта, активного слушания и способность совладания. Навыки эмпатии, обратной связи и комментирования манипуляций с использованием выражение чувств	2

Продолжение таблицы Б 2

1	2	3
Проявление и выражение.	Особенности выражения своих состояний и отличие от проявлений. Шаги выражения своих состояний в коммуникации медицинской сестры	2
Экологическое пространство в коммуникации медицинской сестры.	Что такое экологическое пространство при взаимодействии с пациентом. Принципы создания экологического пространства в практической работе медицинской сестры. Экологическое пространство, как путь формирования экологического поведения обеих сторон коммуникации	2
Всего		6

Таблица Б 3 - Тематический план практических занятий

Наименование тем практических занятий	Краткое содержание	Объем часов
Отработка базовых коммуникативных навыков.	Практикум - проработка базовых коммуникативных навыков в ролевых играх.	4
Отработка техник самосовладания.	Практикум - дифференция состояния, наблюдение и осознание процесса изменения внутреннего состояния.	4
Отработка базовых коммуникативных навыков с использованием техник самосовладания.	Практикум, выбор ситуационных задач, проработка базовых коммуникативных навыков в ролевых играх с включение техник самосовладания.	4
Отработка сложных ситуаций в сочетании использования техник коммуникаций и самосовладания.	Практикум – проигрывание сложных ситуаций с демонстрацией эффективных техник коммуникации и самосовладания.	4
Отработка способов формирования экологического взаимодействия в практической деятельности.	Разработка сценариев экологического взаимодействия. Проигрывание в ролевых играх экологического поведения. Индукция экологического поведения партнеру коммуникации.	4
Всего		20

Таблица Б 4 - Тематика самостоятельной работы слушателя

Наименование тем	Виды самостоятельной работы	Объем часов
Теории коммуникации в различных социальных группах.	Презентация. Эссе.	2
Копинг как реакция на стрессовую ситуацию с целью совладания с ней	Составление структурно-логической схемы.	2
Конфликты в медицинской среде. Положительное и отрицательная роль конфликта.	Составление структурно-логических таблиц.	2
Конструктивные и деструктивные способы выхода из критической ситуации.	Подготовка таблиц, слайдов, презентаций под руководством преподавателя, работа в библиотеке и в интернете.	2
Всего		8

6. Методы обучения и преподавания:

- **Лекции:** чтение тематических, обзорных и проблемных лекций, лекции-дискуссии.
- **Семинары:** Опрос, дискуссии, презентации.
- **Практические занятия:** ролевые игры, написание ситуационных задач, демонстрация видеозаписей конфликтных ситуаций для обсуждения; анализ и оценка различных примеров поведения, моделирование конфликтного и бесконфликтного взаимодействия и общения в работе, и способов и техник предупреждения и регулирования конфликтов в рабочей среде, обратная связь со слушателями, дискуссии, работа в командах, работа в малых группах, презентации малых групп, решение тестовых заданий.
- **Самостоятельная работа:** составление структурно-логических схем, написание докладов и рефератов, подготовка проектов и презентаций, составление ситуационных задач, написание эссе, написание сценариев для ролевых игр; консультации с преподавателем по темам для самостоятельного изучения.

7. Рекомендуемая литература:

Основная литература

1. Руководство по самосовладанию / М. А. Асимов, Ф. А. Багиярова, С. Х. Мадалиева [и др.]. – Алматы: ТОО "Литера-М", 2020. – 144 с.
2. Асимов М.А., Нурмагамбетова С.А., Игнатьев Ю.В. Коммуникативные навыки: учебник. – Алматы, 2009.

Дополнительная литература

1. Психология самосовладания: учебное пособие / М. А. Асимов, Т. П. Васько. – Алматы: Университет «Туран», 2023. – 80 с.
- Навыки общения с пациентами / Д. Сильверман, С. Керц, Д. Дрейпер; пер. с англ. – М.: Практическая медицина, 2018. – 472 с.