

Западно-Казахстанский Медицинский Университет Имени Марата Оспанова

УДК 614.253.5(043.3)

На правах рукописи

ДОСТАНОВА ЖАНАР АНАТОЛЬЕВНА

**Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на
уровне первичной медико-санитарной помощи**

8D10103 «Сестринская наука»

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант
кандидат медицинских наук,
ассоциируемый профессор Ермуханова Л.С.,
кандидат медицинских наук Байгожина З.А.
Зарубежный консультант
PhD, Professor Blaževičienė, Aurelija
Lithuanian University of Health Sciences

Республика Казахстан
Актобе, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	7
ВВЕДЕНИЕ.....	8
1 Современные аспекты расширенной сестринской практики за рубежом и в Республике Казахстан	13
1.2 Развитие расширенной сестринской практики в Республике Казахстан	25
1.2.1 Подготовка медицинских сестёр расширенной практики в Казахстане	26
1.2.2 Нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность медсестёр расширенной практики в РК	31
1.3 Роль медицинской сестры расширенной практики в первичной медико-санитарной помощи	35
1.4 Удовлетворенность пациентов услугами медицинской сестры расширенной практики за рубежом.....	39
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	42
2.1 Программа диссертационного исследования	42
2.2 Метод библиографического исследования.....	43
2.3 Контент-анализ с применением индуктивного метода	44
2.3.1 Метод сбора данных	45
2.3.2 Анализ данных.....	47
2.4 Метод социологического исследования	47
2.4.1 Работа с инструментом сбора данных	49
2.4.2 Статистическая обработка полученных данных.....	52
2.5 Разработка чек-листа оценки деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме, методом Delphi	52
2.6 Этическое одобрение	56
3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	57
3.1 Результаты анализа опыта подготовки и профессиональной деятельности медсестер расширенной практики за рубежом и в Республике Казахстан.....	57
3.2 Результаты анализа полуструктурированного интервью с медсестрами расширенной практики, ведущими самостоятельный прием.....	58
3.3 Результаты анализа удовлетворённости пациентов услугами медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме	64
3.4 Процесс экспертной оценки и валидации чек-листа с применением метода Delphi	72
3.5 Результаты пилотного исследования с использованием разработанного чек-листа.....	81
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	85
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	Ошибка! Закладка не определена.
ПРИЛОЖЕНИЕ А- Информированное согласие	106
ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Опросник для медицинских сестер	110

ПРИЛОЖЕНИЕ В - Анкета для пациентов	111
ПРИЛОЖЕНИЕ Г - Свидетельства авторского права	113
ПРИЛОЖЕНИЕ Д - Акты внедрения	116
ПРИЛОЖЕНИЕ Е - Оценочный лист для экспертов.....	123
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж – Чек-лист	125

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»;

3) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан»;

4) Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 декабря 2015 года № 1043 «Об утверждении Реестра должностей гражданских служащих в некоторых сферах системы здравоохранения»;

5) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2020 года № ҚР ДСМ199/2020 «Об утверждении правил оказания сестринского ухода»;

6) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90. «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи»;

7) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020. «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований»;

8) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020. «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению».

9) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 января 2024 года № 46 «Об утверждении профессиональных стандартов в области здравоохранения».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Медицинская сестра расширенной практики – специалист с послесредним образованием по специальности «Сестринское дело» (прикладной бакалавриат), осуществляющий расширенные функции в рамках сестринского ухода.

Качество медицинской помощи – это степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных.

Практикующая медсестра (NP) - это медсестра с продвинутым уровнем подготовки, которая объединяет клинические навыки, связанные с сестринским делом и медициной, для оценки, диагностики и ведения пациентов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и оказания неотложной помощи населению, а также для обеспечения постоянной помощи населению с хроническими заболеваниями.

Клиническая медсестра-специалист (CNS) - это специалист с передовым опытом работы Медсестра, которая предоставляет квалифицированные клинические консультации и уход на основе установленных диагнозов в специализированных областях клинической практики, а также применяет системный подход в своей практике в качестве члена медицинской команды.

Clinical Care Classification – это стандартизированная кодированная терминология сестринского дела, которая отражает элементы сестринской практики.

Чек-лист — это список задач, пунктов или требований, которые необходимо выполнить или проверить. Он помогает структурировать работу, минимизировать ошибки и контролировать процесс.

Метод Дельфи — это метод экспертного прогнозирования, который основан на анонимном опросе группы специалистов и их последовательном обсуждении для достижения согласованного мнения.

Клинические сестринские руководства — это стандартизированные документы, предназначенные для оказания методической помощи медицинским сестрам в клинической практике. Они содержат научно обоснованные рекомендации по диагностике, уходу, лечению и профилактике различных заболеваний и состояний, а также алгоритмы действий при определённых клинических ситуациях.

Структурированное интервьюирование (face-to-face) – метод сбора информации, предполагающий проведение беседы с респондентом, основанной на непосредственном, личном контакте исследователя и респондента, «лицом к лицу».

Система здравоохранения – совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан Республики Казахстан на охрану здоровья.

Доказательная сестринская практика – направление в сестринском деле, интегрирующее лучшие доступные фактические данные, сестринский опыт и предпочтения пациентов.

Первичная медико-санитарная помощь — место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества.

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.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения	
МЗ РК	–	Министерство Здравоохранения Республики Казахстан	
ЕС	–	Европейский союз	
ПМСП	–	Первичная медико-санитарная помощь	
ГП	–	Городская поликлиника	
РСП	–	Расширенная сестринская практика	
МРП	–	Медицинская сестра расширенной практики	
США	–	Соединенные Штаты Америки	
ICN	–	International Council of Nurses(Международный совет медицинских сестер)	
CNS	–	Clinical Nurse Specialist(клиническая медсестра-специалист)	
NP	–	Nurse Practitioner (практикующая медсестра)	
УПМПС	–	универсально-прогрессивная модель патронажной службы	
CCC	–	Clinical Care Classification	
CNA	–	Canadian Nurses Association	
MSN	–	Master of Science in Nursing	
DNP		Doctor of Nursing Practice	
RANP		Registered Advanced Nurse Practitioners	
КСР	–	Клинические сестринские руководства	
NANDA	–	North American Nursing Diagnosis Association	
Me	–	Median (медиана)	
МИС	–	Медицинская информационная система	
IQR	–	Interquartile Range (межквартильный размах)	
CV	–	Coefficient of Variation (коэффициент вариации)	
SPSS	–	Statistical Package for the Social Sciences (статистический пакет для общественных наук)	
ХНИЗ	–	Хронические неинфекционные заболевания	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

В рамках проводимых реформ в системе здравоохранения Казахстана одним из приоритетных векторов развития выступает усиление роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) для обеспечения доступности, качества и эффективности медицинских услуг населению [1–3]. Одним из инновационных подходов к решению данной задачи является внедрение медсестер расширенной практики (МРП) [4], что особенно актуально в свете дефицита врачебных кадров, роста хронических заболеваний и необходимости улучшения профилактики [5–8].

В Казахстане уровень развития и организации сестринской службы остается недостаточным и нуждается в модернизации управленческих подходов в сфере сестринской помощи. В 2018 году в Казахстане началась реализация пилотного проекта по внедрению новой модели сестринской службы в организациях здравоохранения [9]. Эта инициатива направлена на развитие профессиональной автономии медсестёр, улучшение взаимодействия между медицинскими работниками и повышение эффективности лечебного процесса. Данная модель предполагает расширение функционала медицинских сестёр с уровнем прикладного и академического бакалавриата по сестринскому делу, превращая их из исполнителей врачебных назначений в равноправных партнеров врачей. В рамках этого процесса врачебный персонал делегировал часть своих полномочий медсестрам, что способствует расширению их профессиональных обязанностей, включая диагностику, назначение лечения, а также осуществление наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и предоставление консультативной поддержки по вопросам здоровья [10].

В системах здравоохранения развитых стран, включая США, Канаду, Великобританию и Австралию, медсестры расширенной практики успешно реализуют свою роль в предоставлении первичной медицинской помощи, ведении пациентов с хроническими заболеваниями и осуществлении профилактики, продемонстрировав высокую эффективность своей деятельности. В Казахстане данный процесс находится на этапе активного развития и внедрения в рамках модернизации системы ПМСП и повышения ее эффективности, что требует пересмотра нормативной базы, обучения кадров и общественного информирования. Развитие института медсестер расширенной практики позволяет оптимизировать затраты на здравоохранение, снижая потребность в дорогостоящем лечении и экстренной медицинской помощи за счёт своевременного вмешательства и управления хроническими заболеваниями [11].

С учётом проводимых реформ в здравоохранении Казахстана и стремления к повышению устойчивости системы, развитие института медсестер расширенной практики приобретает особую актуальность. Внедрение МРП рассматривается как стратегический инструмент для

укрепления первичного звена и обеспечения непрерывности помощи, особенно в сельских и отдалённых регионах, где доступ к врачам ограничен. Кроме того, расширение роли медсестёр способствует повышению удовлетворённости пациентов, улучшению показателей контроля хронических заболеваний и снижению нагрузки на врачей, что делает данное направление критически важным для устойчивого развития национальной системы здравоохранения.

Следовательно, актуальность данной работы заключается в необходимости изучения и анализа деятельности медсестер расширенной практики в Казахстане, а также в разработке рекомендаций по его дальнейшему совершенствованию.

Цель исследования:

Провести оценку профессиональной деятельности медицинских сестер расширенной практики на самостоятельном приеме и разработать рекомендации по её совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Провести анализ опыта подготовки и профессиональной деятельности медсестер расширенной практики за рубежом и в Республике Казахстан.
2. Изучить опыт работы медицинских сестер расширенной практики, осуществляющих самостоятельный прием пациентов.
3. Оценить удовлетворенность пациентов услугами медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме.
4. Разработать и апробировать чек-лист по оценке профессиональной деятельности медицинских сестер расширенной практики на самостоятельном приеме.

Объект исследования:

- Научные публикации в базах данных Medline/PubMed, Web of Science Core Collection, Scopus, Google Scholar, КиберЛенинка, а также адаптированные сестринские руководства, нормативно-правовые акты РК и доклады ВОЗ;
- Медицинские сестры расширенной практики городской поликлиники №3 г. Актобе, городской поликлиники №3 г. Астана, городской поликлиники №5 г. Алматы;
- Пациенты, посетившие самостоятельный прием медсестры расширенной практики.

Предмет исследования:

- Опыт подготовки и профессиональной деятельности медсестер расширенной практики за рубежом и в Республике Казахстан;
- Опыт работы медицинских сестер расширенной практики, осуществляющих самостоятельный приём пациентов;
- Удовлетворённость пациентов, посетивших самостоятельный сестринский прием;
- Критерии чек-листа для оценки деятельности медицинских сестёр расширенной практики, осуществляющих самостоятельный приём пациентов.

Научная новизна:

– Впервые в Казахстан проведено исследование по изучению профессиональной деятельности медицинских сестер расширенной практики на самостоятельном приеме.

– Проведена оценка уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг, предоставляемых медицинскими сестрами расширенной практики на самостоятельном приеме в условиях первичной медико-санитарной помощи.

– Впервые разработан чек-лист для оценки деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Теоретическая и практическая значимость

– Анализ деятельности и подготовки медсестер расширенной практики способствует углублению понимания данной модели оказания сестринской помощи, выявляя основные недостатки существующей системы и открывая перспективы для разработки более эффективных решений и подходов к её совершенствованию.

– Полученные результаты исследования могут стать основой для формирования рекомендаций, направленных на повышение качества теоретической подготовки студентов по сестринскому делу, а также послужить фундаментом для дальнейших научных исследований, ориентированных на совершенствование профессиональной деятельности медсестер расширенной практики.

Практическая значимость:

– Результаты проведённого исследования обладают высокой прикладной ценностью и могут быть использованы для совершенствования кадровой политики в системе здравоохранения, а также для актуализации нормативно-правовой базы и образовательных программ, направленных на поддержку и развитие расширенной сестринской практики в системе первичной медико-санитарной помощи Республики Казахстан.

– Разработанный чек-лист для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приёме позволит снизить вероятность ошибок при выполнении профессиональных обязанностей, стандартизировать рабочие процессы, повысить качество предоставляемых услуг и уровень удовлетворённости пациентов сестринской помощью.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

– Несмотря на предпринимаемые меры, в Республике Казахстан деятельность медицинских сестёр расширенной практики по-прежнему требует дальнейшего усовершенствования нормативно-правовой базы, образовательных программ и материально-технического оснащения в соответствии с лучшими международными практиками.

– Полноценной реализации функций медицинских сестёр расширенной практики, осуществляющих самостоятельный приём, препятствуют такие факторы, как недостаточная информированность населения об их роли, ограниченный уровень профессиональных компетенций, слабое материально-

техническое обеспечение и отсутствие единых подходов к оценке их деятельности в системе первичной медико-санитарной помощи.

– Регулярное посещение пациентами самостоятельного сестринского приёма ассоциируется с более высоким уровнем удовлетворённости качеством предоставляемых услуг, лучшим самочувствием и положительной оценкой деятельности медсестры. Основными предикторами удовлетворённости пациентов самостоятельным сестринским приёмом являются уровень их информированности, частота визитов, способ записи на приём, время ожидания, а также проведение осмотра, контроль лечения, ясность предоставляемых рекомендаций и полнота опроса.

– Разработанный чек-лист позволит структурировать деятельность медицинских сестёр, снизить вероятность профессиональных ошибок, повысить ответственность, качество медицинских услуг и уровень удовлетворённости пациентов.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на:

Заседании кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения».

Международной научно-практической конференции «Реформирование сестринского дела: достижения, проблемы и перспективы», 25.11.2022 г. ЗКМУ, г.Актобе, Республика Казахстан.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертационной работы опубликовано 5 печатных работ, из них: научные публикации в журнале, индексируемого базами данных Scopus, SCIE и SSCI (Web of Science), PubMed:

1. Perception and Experience of Independent Consultations in Primary Healthcare among Registered Nurses in Kazakhstan: A Qualitative Study. *Healthcare*. 2024; 12(15):1461. <https://doi.org/10.3390/healthcare12151461>; CiteScore – Q2

В журналах, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки МНВО РК (2 статьи).

1. «Development and validation of a questionnaire for patients "studying the opinion of patients' satisfaction with nurse independent appointment at the level of primary health care», *Наука и Здравоохранение*, 2023 5 (Т.25).

2. «Global Experience of Advanced Practice Nurses in Primary Healthcare: A Literature Review», *Фтизиопульмонология*, № 04(46)2024.

Тезис в сборнике LXIII Международная конференция: «Наука: Вчера. Сегодня. Завтра», посвященная Дню науки Казахстана,

1. «Роль самостоятельного приема медицинских сестер в рамках новой модели сестринской службы в Казахстане: анализ влияния на качество и доступность первичной медико-санитарной помощи».

Подготовлены методические рекомендации

1. Достанова Ж.А., Ермуханова Л.С., Байгожина З.А., Мажекенова А.М., Абенова К.Т. Разработка чек-листа оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме / Методические

рекомендации / Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова – г.Актобе, 2025, 28 с.

Внедрение результатов исследования

– Акт внедрения результатов научно-исследовательской работы в практическое здравоохранение: ГКП «Городская поликлиника №1» на ПХВ ГУ «УЗ Актыобинской области»; ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ ГУ «УЗ Актыобинской области»; ГКП «Городская поликлиника №4» на ПХВ ГУ «УЗ Актыобинской области»; ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ ГУ «УЗ Актыобинской области»; центр лучших практик на базе ГКП КСМ» НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова»; ГКП «Городская поликлиника №5» на ПХВ акимата города Астаны.

– Акт внедрения по учебно-методической работе: Тема практического занятия: «Организация и ведение самостоятельного сестринского приема в условиях первичной медико-санитарной помощи» включена в силлабус «Сестринское дело в первичной медико-санитарной помощи» по образовательной программе «Сестринское дело» для студентов 2 курса (бакалавриат), 2 курса (на базе технического и профессионального образования) и 1 курса (на базе послесреднего образования).

Личный вклад автора

Все основные разделы работы (обзор литературы, сбор материала, их обработка, анализ материалов исследования, интерпретация результатов, формулирование выводов и рекомендаций) выполнены лично автором.

Разработана и валидирована анкета на русском и казахском языке: авторское свидетельство № 31620 от 06.01.2023 г. «Изучение мнения удовлетворенности пациентов самостоятельным сестринским приемом на уровне ПМСП»

Разработан опросник на русском и казахском языке: авторское свидетельство № 40387 от 10.11.2023 г. «Полуструктурированное интервью для медицинских сестер самостоятельного приема на уровне первичной медико-санитарной помощи».

Разработан, утвержден и внедрен в практическое здравоохранение чек-лист: авторское свидетельство № 57288 от 28.04.2025 года «Чек-лист оценки деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме».

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из содержания, списка обозначений и сокращений, введения, обзора литературы, описания материалов и методов, результатов собственных исследований, заключения, включающего выводы, практические рекомендации, списка литературы и приложения. Общий объем составляет 126 страниц, в том числе 8 рисунков и 17 таблиц. Библиографический указатель включает 162 источника, из них 139 зарубежных.

1 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАСШИРЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ ЗА РУБЕЖОМ И В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

1.1 Расширенная сестринская практика: международный опыт

Во всем мире наблюдается повышенный интерес к внедрению инновационных подходов, направленных на трансформацию и совершенствование систем здравоохранения [12]. Это особенно актуально в условиях роста распространенности хронических заболеваний и необходимости адаптации медицинской помощи к изменяющимся потребностям населения [13–15]. В данном процессе ключевыми аспектами являются вопросы кадрового обеспечения, включая нехватку специалистов и их неравномерное распределение по регионам [16], а также потребность в обучении, соответствующем установленным стандартам качественного медицинского обслуживания [17]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2035 году мировой дефицит медицинских работников, включая врачей, медицинских сестер и акушерок, может достичь 12,9 миллиона специалистов [18]. Одним из инновационных подходов к решению этих проблемы является расширенная сестринская практика (РСП) [19], которая рассматривается как эффективный способ повышения доступности и качества медицинской помощи за счет расширения полномочий медицинских сестер [20,21]. Цель данного обзора заключается в анализе мирового опыта развития расширенной сестринской практики, ее сущности, моделей реализации в различных странах, а также изучении требований к обучению, сертификации и нормативно-правовому регулированию. Помимо этого, рассматривается влияние РСП на систему здравоохранения.

Определение и сущность расширенной сестринской практики. Расширенная сестринская практика предполагает, что медицинские сестры с углубленной подготовкой, самостоятельно предоставляют расширенные и углубленные медицинские услуги без прямого контроля со стороны врача [22,23]. В таких системах медсестры часто берут на себя ответственность за диагностику, лечение и управление хроническими заболеваниями, а также за проведение профилактических мероприятий.

Международный совет медицинских сестер (ICN) определяет медицинскую сестру расширенной практики как дипломированного специалиста, обладающего экспертными знаниями, умениями принятия сложных решений и клиническими навыками, необходимыми для расширенной практики, характеристики которых зависят от контекста и/или страны, в которой она/он имеет право практиковать. МРП должна иметь высокий уровень профессиональной подготовки, что подразумевает автономию и компетентность в принятии клинических решений, проведении оценок и диагностировании, а также в назначении лекарств [24]. Она также несет ответственность за ведение пациентов, разработку и реализацию программ медицинской помощи, а также предоставление рекомендаций для первичного обращения к медицинским услугам [25].

В международной практике наиболее распространенными категориями расширенной сестринской практики являются практикующие медсестры (Nurse Practitioner) и клиническая медсестра-специалист (Clinical Nurse Specialist) [26]. Практикующая медсестра - это медсестра с продвинутым уровнем подготовки, осуществляющая самостоятельное ведение пациентов: проведение расширенного обследования, постановку диагнозов, назначение и выполнение лабораторных и инструментальных исследований, выписку лекарственных препаратов и лечение в рамках своей компетенции. Как правило, практикующие медсестры работают в первичной медико-санитарной помощи или амбулаторных условиях и сотрудничают с врачами при необходимости [27,28]. Клиническая медсестра-специалист - это специалист с передовым опытом работы, помимо предоставления квалифицированного клинического консультирования и уход на основе установленных диагнозов в специализированных областях клинической практики, уделяет большое внимание административным и консультативным функциям: она разрабатывает стратегии ухода для сложных пациентов, консультирует персонал, занимается внедрением доказательной практики и обучением в своей узкой области. Обе эти роли основываются на углубленной клинической экспертизе и автономности в принятии решений, что отличает их от медсестер общей практики [29].

Таким образом, сущность расширенной сестринской практики заключается в расширении границ традиционного сестринского дела, МРП предоставляют более сложные медицинские услуги, сочетая сестринский подход с некоторыми функциями врачебной деятельности, оставаясь при этом в рамках модели медсестринского ухода [30].

Исторический аспект и эволюция расширенной сестринской практики. Расширенная роль медсестры не является абсолютно новым явлением – первые ее прообразы появились еще в начале XX века. В США уже к 1920-м годам начали формироваться специализированные сестринские роли: например, психиатрические медсестры-специалисты, медсестры-анестезисты и медсестры-акушерки. Эти специалисты проходили дополнительное обучение после базовой подготовки и оказывали углубленную помощь в своих областях, фактически выполняя обязанности на более высоком уровне компетенции, чем обычные медсестры. Поскольку их деятельность изначально развивалась в рамках больничной системы, подобное расширение сестринских функций происходило постепенно и практически не встречало сопротивления.

Современная концепция практикующей медсестры сформировалась несколько позже, во второй половине XX века, в ответ на дефицит врачей первичного звена и необходимость улучшения доступа населения к медицинской помощи. К середине 1960-х годов в США назрела острая нехватка врачей общей практики, особенно в сельских и отдаленных регионах, поскольку многие врачи уходили в узкие специальности. В 1965 году в Университете Колорадо была организована первая программа подготовки nurse practitioner под руководством профессора Лоретты Форд и врача Генри

Сильвера, ориентированная на медсестер с опытом работы в педиатрии для оказания первичной помощи детям и семьям. Уже через несколько лет выпускники таких программ начали работать в педиатрических клиниках, демонстрируя успешные результаты. Считается, что именно 1968 год ознаменовал появление роли медсестер расширенной практики в системе первичной помощи США. В Канаде такая практика появилась примерно одновременно с США – первые пилотные проекты начались в конце 1960-х [31], однако их широкое внедрение затормозилось в 1980-е годы из-за временного избытка врачей, и лишь с середины 1990-х интерес возобновился.

К 2000-м годам каждая провинция Канады законодательно признала роль практикующих медсестер, и начался быстрый рост их числа [32]. В Великобритании первая программа подготовки медсестер-практиков была запущена Королевским колледжем медсестринства в начале 1990-х годов. В последующие десятилетия концепция РСП распространилась во все части Соединенного Королевства: к 2018 г. в Англии, Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии уже работало значительное число медсестер расширенной практики как в первичном звене, так и в специализированных службах. В континентальной Европе внедрение РСП началось несколько позже: одной из первых была Нидерланды, где данная модель стала развиваться с середины 2000-х годов как ответ на прогнозируемую нехватку врачей. За 20 лет в Нидерландах подготовлено и зарегистрировано около 2750 медсестер-специалистов (по состоянию на 2016 г.), и они прочно интегрировались в систему, улучшая качество помощи путем сочетания медицинских и сестринских подходов. В Финляндии национальная инициатива по расширенной практике медсестер стартовала в 2016 г. В Китае развитие расширенной сестринской практики находится на стадии становления и сталкивается с рядом структурных и нормативных вызовов [33]. В последние годы эта практика была успешно внедрена в различных странах, таких как Германия, Австралия, Новая Зеландия, Нигерия и другие [34]. Во многих из указанных стран внедрение расширенной сестринской практики прошло через значительные изменения в законодательстве и профессиональном регулировании, а также через реформирование условий профессиональной практики и образовательных программ для медсестер.

Расширенная сестринская практика получила широкое признание в системах здравоохранения по всему миру, в настоящее время в той или иной форме используется примерно в 70 странах мира [35–37]. В условиях увеличивающегося спроса на медицинские услуги и недостатка врачей, медицинские сестры с расширенной практикой (МРП) предоставляют важные услуги, способные существенно улучшить доступность и качество медицинской помощи [38]. Правительства и медицинские организации начали признавать их как ключевой элемент инноваций и реформирования здравоохранения, направленных на создание более эффективных и устойчивых моделей здравоохранения [39]. За это время спрос на услуги сестринского персонала во всем мире вырос, однако многие страны находятся на разных

стадиях развития этих функций как части сестринского персонала [40]. На Рисунке 1 представлена классификация уровней развития расширенной сестринской практики в различных странах. Схема делит государства на три группы в зависимости от степени интеграции и развития МРП, также отражает неоднородность подходов к внедрению РСП в международной практике и подчеркивает различия в уровне подготовки, полномочий и клинической автономии медсестёр.



Рисунок 1 - Уровни расширенной сестринской практики в разных странах [36, с.45]

Международные модели расширенной сестринской практики. Модели реализации расширенной сестринской практики могут различаться в зависимости от страны, исторического развития системы здравоохранения и нормативной базы. Рассмотрим особенности РСП в ряде стран.

Концепция расширенной сестринской практики на уровне ПМСП была разработана в 1965 году в США, опираясь на модель общественного здравоохранения [41]. Она предназначалась для оказания первичной медико-санитарной помощи детям, которые не имели доступа к медицинским услугам [42]. Эта должность была разработана с акцентом на личностно-ориентированный и целостный подход к медицинскому обслуживанию, включающий обязанности по диагностике, назначению ограниченного списка лекарственных средств, лечению и управлению, которые ранее выполнялись только врачами [43]. В Соединенных Штатах сформировалась одна из самых разветвленных моделей РСП. Здесь к категории расширенной сестринской практики относятся четыре признанных роли: Nurse Practitioner (практикующая

медсестра), Clinical Nurse Specialist (клиническая медсестра-специалист), Certified Nurse Midwife (сертифицированная медсестра-акушерка), и Certified Registered Nurse Anesthetist (сертифицированная медсестра-анестезист). Для каждой из этих ролей существуют стандартизованные образовательные программы и национальная сертификация. Наибольшее развитие получили nurse practitioners – они работают в первичной медико-санитарной помощи, в амбулаторных клиниках, больницах, даже ведут собственные практики в штатах, где это разрешено.

Канадская модель во многом схожа с американской, хотя и имеет свои особенности. Первые практикующие медсестры были внедрены в 1960-х для работы в сельской местности, однако широкое распространение началось с 1990-х годов, когда были решены вопросы лицензирования и появилась поддержка на уровне правительства. Сейчас медсестры практикуют во всех провинциях Канады [44], они могут самостоятельно диагностировать и лечить пациентов, выписывать ограниченный список лекарств, направлять к специалистам. Канадская ассоциация медсестер (CNA) разработала национальные рамки компетенций для практикующих медсестер и активно продвигает эту роль в системе здравоохранения [45].

В Великобритании расширенная практика медсестер развивалась в несколько ином ключе. Здесь традиционно сильны позиции специализированных медсестер, которые получают углубленную подготовку в конкретной области (например, онкологии, диабете, интенсивной терапии) и выполняют расширенные функции в рамках своей специальности. Концепция же практикующей медсестры была воспринята из американского опыта в 1990-х: были запущены курсы, и медсестры начали осваивать навыки клинической диагностики и назначения лечения [46,47]. Отличительной особенностью британской системы является отсутствие отдельной лицензии или защищенного государственного титула для МРП, формально все они регистрируются просто как медсестры. Однако есть дополнительные квалификации, например, Independent Nurse Prescriber, позволяющий медсестре выписывать рецепты на ряд препаратов после специального обучения [48].

Во многих странах Европы медицинские сестры являются ключевыми специалистами первичного звена здравоохранения [49]. В рамках европейской (английской) модели развития сестринского дела они осуществляют самостоятельную профилактическую деятельность, включая формирование здорового образа жизни, проведение санитарно-просветительской работы и консультирование населения. Характерной чертой данной модели является активное участие медицинских сестер в системе медико-социальной помощи и в реализации профилактических программ. В частности, в шведской системе здравоохранения наблюдается расширение роли медсестер, которые оказывают квалифицированную помощь пациентам с хроническими и сложными заболеваниями, такими как сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность и психические расстройства. Кроме того, им предоставлены ограниченные полномочия в отношении назначения лекарственных средств

[50]. В медицинских учреждениях Швеции первичный осмотр пациента осуществляется медицинской сестрой, которая, в зависимости от выявленных клинических показаний, принимает решение о необходимости направления пациента к врачу общей практики или в стационар.

В Финляндии интерес к РСП возник в последние годы, реализуются пилотные проекты по ведению пациентов медсестрами с магистратурой, особенно в первичном звене и длительном уходе. В 2010 году Финляндия приняла закон, предоставляющий ограниченное право на выписывание лекарств медицинским сестрам, которые соответствуют определенным требованиям. Этот закон позволил медсестрам, прошедшим специализированное обучение, выписывать ограниченный список лекарственных препаратов [51]. Такая практика обладает рядом преимуществ, включая повышение качества медицинской помощи, обеспечение непрерывности ухода, экономию времени врачей и повышение экономической эффективности [52]. Обучение включает 45 ECTS кредитов (Европейская система перевода и накопления кредитов), что соответствует магистерскому уровню подготовки [53]. В Финляндии около 80% пациентов первоначально направляются на консультацию к медицинским сестрам для проведения первичной оценки состояния, и только при наличии показаний они перенаправляются к врачам. Лишь 20% пациентов обращаются к врачу напрямую. В широко распространенных в Скандинавских странах, как в городах, так и в сельской местности, центрах здоровья ключевая роль в оказании первичной медико-санитарной помощи также принадлежит медицинским сестрам.

Нидерланды – один из примеров успешной интеграции: здесь роль практикующей медсестры узаконена, внесена в реестр и защищена как отдельный титул [54]. Подготовка осуществляется на уровне магистратуры, после чего медсестра получает права на часть врачебных функций. В 2011 году в Нидерландах был принят экспериментальный закон, который предоставил медицинским сестрам-специалистам право выписывать рецепты и выполнять другие медицинские функции. Принятие решений о предоставлении медицинской помощи пациентам вне рабочего времени осуществляется медицинской сестрой на основании предварительно определенных критериев. В своей деятельности медсестры опираются на утвержденные клинические протоколы и уполномочены вносить коррективы в схемы медикаментозной терапии в пределах, предусмотренных данными протоколами [55]. Соединенные Штаты первыми предоставили медсестрам право назначать лекарства в середине 1970-х годов. Вслед за ними Великобритания и Австралия ввели подобную практику в начале 1990-х, а Ирландия разрешила это в 2007 году. Канада и Новая Зеландия в 2012 и 2014 годах, пересмотрели свои законы, предоставив МРП полное право назначать лекарства, включая некоторые контролируемые лекарственные средства. Для внедрения данного права во всех этих странах потребовались изменения в законодательстве.

Исландия законодательно признала роль специализированной медсестры еще в 2003 г., что позволяет медсестрам получать статус специалиста в определенной области с расширенными функциями.

Испания и Франция пока находятся на этапе дискуссий и экспериментов: во Франции в 2016 году была опубликована законодательная база, разрешающая внедрение передовых методов сестринского дела, а в 2018 году были введены меры регулирования [56], в Испании только начинают внедрять РСП. Отметим, что общее в европейском опыте – потребность в доказательной базе и поддержке регуляторов. Например, эксперты отмечают, что для успешного внедрения РСП необходимы четкое определение роли, правовая защита титула и система сертификации, гарантирующие качество и безопасность услуг.

В *Англии* медицинские сестры, специализирующиеся на ведении пациентов с определенными хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет и бронхиальная астма, выполняют расширенные функции, традиционно относящиеся к компетенции врачей общей практики. Они осуществляют амбулаторный прием, мониторинг состояния пациентов, проводят обучение по самоконтролю, а также принимают активное участие в выездной и образовательной деятельности, направленной на повышение профессионального уровня медицинского и социального персонала.

В *Германии* реализуются структурированные программы ведения хронических заболеваний (case management), обусловленные особенностями организации здравоохранения, где амбулаторный и стационарный секторы функционируют обособленно, а большинство врачей работают в индивидуальной практике. В рамках такого подхода медицинские сестры нередко проводят первичный осмотр пациентов и направляют их к соответствующим специалистам или в необходимые службы для дальнейшего оказания медицинской помощи.

[57].

В некоторых странах, включая *Бельгию, Венгрию, Германию, Италию, Литву, Польшу и Словению*, медсестры получили расширенные функции через дополнительное обучение. Теперь они могут предоставлять консультации по образу жизни, укреплению здоровья, проводить программы скрининга, поддерживать пациентов в соблюдении медицинских назначений и освещать вопросы здоровья для индивидуальных пациентов или групп [58].

Австралия и Новая Зеландия: Обе страны внедрили РСП примерно в одно время, но независимыми путями. Австралия официально ввела категорию практикующей медсестры в 1998–2000 гг. на уровне отдельных штатов, а к 2010 г. уже существовала национальная система регистрации медсестер через Австралийский совет медсестринства и акушерства [59]. Титул «Практикующая медсестра» охраняется законом, только сертифицированные медсестры с требуемым уровнем образования и опытом могут занимать такую должность [60]. Практикующие медсестры в Австралии имеют право самостоятельно оценивать пациентов, ставить диагнозы, назначать лечение и выписывать

лекарства определенных классов [61,62]. Новая Зеландия создала прочную основу для МРП: с 2001 года *Nursing Council of New Zealand* ввел регистрацию практикующих медсестер [63]. Требования включают: степень магистра (клинического уклона), не менее 4 лет опыта в соответствующей области, и успешное прохождение оценки (включая портфолио и экспертную панель) для получения лицензии. С 2014 года все зарегистрированные Новозеландские медсестры были уполномочены выписывать лекарства, вместе с тем практиковать независимо, направлять пациентов, действуя практически как врачи общей практики, особенно в отдаленных районах. Общей чертой Австралии и Новой Зеландии является тесная интеграция практикующих медсестер в междисциплинарные команды и законодательное закрепление их автономных полномочий.

Исследование, проведенное в странах Европейского союза, а также в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и США, выявило множество препятствий на пути стратегической разработки и внедрения расширенных функций медсестер. Большинство из них связаны с регулированием и финансированием [64]. В другом масштабном исследовании, проведенном в 26 странах, были обнаружены стратегические препятствия в таких сферах, как организация практики, защита профессионального статуса и нормативное регулирование [18, с.1]. В многих странах, которые уже внедрили расширение функций медсестер, таких как Австралия, Канада, Нидерланды, Новая Зеландия и США, законодательно утверждены должности медсестер с расширенными обязанностями, такие как МРП и специализированные медсестры. Эти профессиональные титулы защищены законом, требуется определенная форма сертификации, и практика регулируется законодательством.

Образование и подготовка специалистов. Ключевым условием подготовки медсестер расширенной практики во всем мире является получение образования на продвинутом уровне. Однако во многих странах данная рекомендация не реализуется в полной мере, что приводит к значительным различиям в академических требованиях к подготовке специалистов. Во многих случаях обучение осуществляется на более низком уровне — бакалавриате [65]. При этом системы высшего образования существенно варьируются между странами, что затрудняет достижение международного консенсуса относительно оптимального академического уровня подготовки специалистов по модели практикующей медсестры. Международный совет медсестер указывает минимальным стандартом наличие у МРП степени магистра по соответствующей специальности [66]. Фактически сегодня во всех рассмотренных странах программа подготовки МРП реализуется на уровне магистратуры (2 года обучения после базового сестринского образования) либо последипломного сертификата с объемом, сопоставимым с магистратурой. Например, в США распространены двухгодичные программы *Master of Science in Nursing (MSN)* с специализацией на МРП, а также программы докторантуры по практике *Doctor of Nursing Practice (DNP)*. DNP был рекомендован в США как целевой уровень подготовки МРП еще в докладе Института медицины в

2010 г., и хотя повсеместно магистратура остается базовым требованием, все больше учебных заведений предлагают программы доктора практики [67]. В Канаде подготовка практикующих медсестер также осуществляется через магистратуру по медсестринскому делу с уклоном в первичную помощь или другую область; в некоторых случаях это пост-мастерский диплом. В Великобритании формального требования степени магистра не было до недавнего времени, но практически большинство медсестер-практиков имеют степень магистра или эквивалент, учитывая сложность выполняемых функций. В Австралии и Новой Зеландии законодательно закреплено требование об образовании не ниже магистратуры [68].

Учебные планы программ МРП, как правило, включают углубленные медицинские и фармакологические дисциплины наряду с расширенными клиническими практиками. Студенты-МРП изучают патофизиологию, фармакотерапию, расширенную физикальную диагностику, методы интерпретации лабораторных и визуальных исследований, а также правовые и организационные аспекты практики. Обязательной частью является длительная клиническая практика под руководством наставника-врача или опытной практикующей медсестры, обычно не менее 500–1000 часов, в зависимости от страны. Например, в США для сертификации практикующих медсестер требуются задокументированные часы клинической практики в рамках обучения (не менее 500 часов по стандартам accrediting bodies). В Сингапуре (как азиатский пример) после двухлетней магистратуры по специальности МРП необходимо пройти еще годовую стажировку и сдать национальный экзамен перед получением лицензии МРП. Многие страны требуют и предварительного опыта работы медсестрой прежде, чем поступать на программу МРП: например, в Австралии для поступления обычно нужно минимум 5 лет стажа, в том числе 3 года – в той области, где кандидат планирует практиковать в роли практикующей медсестры. В США некоторые программы также предпочитают абитуриентов с опытом 1–2 года в сестринском деле, хотя формально не всегда требуют.

С начала 2000-х годов в Китае активно развиваются магистерские программы по клиническому сестринскому делу. К 2015 году насчитывалось 84 таких программы, что способствовало увеличению числа медсестер с продвинутым образованием. Тем не менее, большинство медсестер по-прежнему имеют дипломный уровень образования, что ограничивает потенциал для широкого внедрения РСП [69]. Международные рекомендации ICN подразумевают, что МРП – это опытная медсестра, прошедшая дополнительное обучение, а не новичок: объем клинических знаний наращивается как за счет образования, так и через практический опыт [70].

После окончания программы и начала практики, МРП, как правило, обязаны регулярно подтверждать свою квалификацию. Это достигается через системы непрерывного медицинского образования и повторной сертификации. Например, в США сертификаты действительны 5 лет, после чего медсестра должна доказать накопление определенного количества часов повышения

квалификации и клинической практики (либо снова сдать экзамен) для продления сертификации. Похожие требования есть в Канаде. Таким образом, образование МРП – это непрерывный процесс, который не заканчивается получением диплома, а предполагает поддержание экспертного уровня знаний на протяжении всей карьеры.

Правовое регулирование и сертификация. Правовое признание расширенной сестринской практики значительно варьирует от страны к стране. В США действует модель отдельного лицензирования МРП: медсестра после получения необходимого образования и сдачи национального сертификационного экзамена получает лицензию МРП в своем штате [71]. С 2008 года принят единый Consensus Model for APN Regulation – рамочный документ, определяющий единые подходы к лицензированию, аккредитации программ, сертификации и самостоятельной практике МРП. Эта консенсусная модель рекомендует штатам признавать четыре вышеупомянутые роли, требовать наличия магистратуры, национальной сертификации и предоставлять МРП право самостоятельной практики и выписки препаратов. В Канаде регулирование осуществляется на уровне провинций: в каждой провинции свой регулирующий орган (коллегия медсестер), который регистрирует практикующих медсестер. Канадские медсестры повсеместно имеют законное право самостоятельно ставить диагнозы и назначать лечение в рамках первичной помощи.

Европа и другие страны: Великобритания до сих пор не ввела отдельную категорию лицензии для МРП. Все медсестры, даже работающие на расширенной практике, регистрируются в общем реестре медсестер и получают право практики через эту регистрацию. Нет и защищенного законом звания «Advanced Nurse Practitioner» [72]. Таким образом, фактически любая опытная медсестра, прошедшая соответствующее обучение, может называться практикующей медсестрой, что создает некоторую размытость статуса. Однако существуют дополнительные квалификации, одобряемые Советом по медсестринству и акушерству, прежде всего это право выписки лекарств (Independent Prescribing) и список расширенных навыков (например, ведение неотложных состояний), которые вписываются в реестр. В Нидерландах, напротив, с 2009 года законодательно закреплена профессия, существует официальный регистр, ведомый Министерством здравоохранения, и только включенные в него медсестры имеют право называться «специалист сестринского дела» и выполнять определенные врачебные функции (включая выписывание рецептов). Подобным путем пошла и Ирландия – Совет медсестер и акушеров Ирландии ведет реестр Registered Advanced Nurse Practitioners (RANP), куда вносятся медсестры, отвечающие строгим критериям [73]. Австралия имеет национальную систему регистрации практикующих медсестер: *Nursing and Midwifery Board of Australia* выдает право практики медсестрам, выполнившим соответствующие условия. Должность практикующей медсестры охраняется законом, и посторонний человек не может его использовать без регистрации, аналогично, в Новой Зеландии. Эти

регуляторные механизмы очень важны, поскольку гарантируют определенный уровень компетенции МРП и укрепляют доверие со стороны пациентов и коллег. Эксперты отмечают, что наличие четкого определения, правовой поддержки (защищенного титула) и системы аттестации существенно продвигает развитие МРП на национальном уровне. Помимо государственной лицензии или регистрации, важную роль играет профессиональная сертификация. В большинстве стран сертификацией МРП занимаются профессиональные организации или советы по медсестринству. Так, в США практикующие медсестры должны сдать экзамены одного из национальных сертификационных центров по своей специальности. Успешно сдав экзамен, медсестра получает звание сертифицированного специалиста (*Board Certified*) и может обращаться в штатный регулятор за лицензией. В Канаде подобным образом национальный экзамен разработан Канадской ассоциацией медсестер, хотя некоторые провинции принимают и американские экзамены. В отличие от сертификации, которая проводится профессиональным сообществом, лицензирование/регистрация – это государственный акт допуска к практике. Тем не менее, в ряде стран эти понятия смыкаются: например, в Ирландии или Австралии регистрируя практикующих медсестер, совет одновременно проводит оценку их квалификации (т.е. выполняет функцию сертифицирующего органа) [18, с.5]. Титульная защита означает, что использование профессионального звания закреплено законом за лицами, удовлетворяющими установленным критериям – это имеется в США, Канаде, Австралии, Нидерландах, Новой Зеландии и др., но отсутствует в Великобритании, как отмечалось. Если упомянуть, Китай, то в настоящее время отсутствует единая национальная система стандартизации компетенций, образовательных требований и сертификации для медсестер расширенной практики. Хотя существуют программы подготовки специалистов в различных областях, таких как интенсивная терапия, онкология и анестезиология, правовая база для признания и регулирования этих ролей остаётся неразвитой.

В целом, на международном уровне наблюдается тенденция к укреплению правового статуса МРП. Многие страны, ранее не имевшие подобной практики, изучают зарубежный опыт для разработки собственных нормативных баз. Международные организации (ICN, ВОЗ) рекомендуют внедрять регулирование, обеспечивающее баланс между расширением полномочий медсестер и контролем качества их подготовки. По мере роста числа МРП по всему миру, вопросы стандартизации образования, сертификации и лицензирования становятся все более актуальными, требуя как национальных, так и международных подходов.

Проблемы и перспективы внедрения. Несмотря на очевидные преимущества, внедрение расширенной сестринской практики сталкивается с рядом проблем. Во-первых, это регуляторные и терминологические барьеры. Разные страны используют различные названия и требования к МРП, отсутствует унификация. По данным глобального исследования ICN, по состоянию на конец 2010-х профессиональное сообщество МРП продолжает

испытывать трудности с единообразием титулов, правовой защитой названий, разработкой регулирования и процедурой признания, а также с барьерами к практике [18, с.2]. Во-вторых, сопротивление со стороны медицинского сообщества. В некоторых странах врачи настороженно относятся к расширению полномочий медсестер, опасаясь за качество лечения или за конкуренцию. Например, в некоторых штатах США десятилетиями шли споры между врачебными и сестринскими ассоциациями о полномочиях МРП, и только недавно во многих юрисдикциях удалось отменить устаревшие ограничения. В Омане, как отмечают эксперты, внедрение МРП шло медленно именно из-за необходимости убедить ключевых лиц, принимающих решения, в ценности новых ролей, на это ушло несколько лет, и к 2017 г. в стране было всего 6 МРП, все обучены за рубежом. В-третьих, недостаток образовательной базы. Создание программ магистратуры для МРП требует ресурсов: преподавателей, учебных клинических баз, финансирования. Не все страны готовы быстро развернуть подготовку МРП; иногда медсестер отправляют учиться за границу, что ограничивает масштаб изменений. Кроме того, там, где базовое сестринское образование на уровне бакалавра не является нормой (например, в некоторых развивающихся странах все еще преобладают дипломированные медсестры), сложно сразу перескочить к уровню магистратуры. Таким образом, уровень развития общего сестринского дела в стране определяет потенциал для появления МРП [34, с.64].

Еще одной проблемой можно назвать отсутствие информированности и признания со стороны населения. Пока роль МРП нова, пациенты могут не понимать, к кому они попадают на прием – «не врач, а медсестра, но лечит». Необходимо время и просвещение, чтобы общество привыкло доверять таким специалистам. В странах, где МРП внедряются недавно, часто стартуют информационные кампании, подчеркивающие квалификацию и компетентность этих медсестер.

Несмотря на перечисленные трудности, перспективы внедрения МРП весьма обнадеживающие. Глобальные тенденции в здравоохранении: старение населения, рост хронических болезней, ориентация на междисциплинарные команды создают благоприятную среду для расширения ролей медсестер. В 2020 году, провозглашенном ВОЗ Годом медсестры и акушерки, особое внимание уделялось тому, чтобы медсестры работали по максимуму своего образования и навыков. Международные организации рекомендуют правительствам интегрировать МРП в планы развития кадров здравоохранения для достижения всеобщего охвата медицинской помощью. Исследования показывают, что МРП способны внести вклад в достижение Целей устойчивого развития по здоровью, в частности обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения.

Международный опыт убедительно демонстрирует, что расширенная сестринская практика – эффективная модель повышения доступности и качества медицинской помощи. Возникнув как ответ на дефицит врачей и усложнение потребностей пациентов, эта концепция прошла длительный путь

эволюции: от первых специализированных медсестер начала XX века до современного множества ролей МРП, охватывающих первичную помощь, стационар и общественное здравоохранение. В странах лидерах (США, Канада, Великобритания, Австралия, Новая Зеландия) накоплен значительный положительный опыт: МРП доказали способность обеспечивать медицинские услуги сравнимого качества с врачебными, повысили удовлетворенность пациентов и показали экономическую целесообразность своих услуг. Правильная организация подготовки – прежде всего обучение на уровне магистратуры и непрерывное развитие компетенций – служит фундаментом профессионализма МРП. Не менее важны четкие правовые рамки: там, где роль официально признана и регламентирована, медсестры расширенной практики максимально интегрированы в систему и приносят наибольшую пользу. Конечно, внедрение МРП не обходится без трудностей – профессиональных, законодательных, организационных. Требуется время, чтобы изменить устоявшиеся подходы и добиться доверия всех участников процесса. Международный опыт реформирования сестринского дела свидетельствует о том, что трансформация организации деятельности медицинских сестер с опорой на разнообразные концепции и модели сестринской практики, а также обеспечение соответствующей трудовой мотивации являются важными факторами, способствующими устойчивому развитию и совершенствованию сестринской службы.

Таким образом, несмотря на успешные примеры внедрения расширенной сестринской практики, в ряде стран существуют ограничения, связанные с правовыми барьерами, финансированием, профессиональным статусом медсестер, а также недоверием со стороны врачебного сообщества и пациентов. Международная практика показывает, что для дальнейшего развития расширенной сестринской практики необходима поддержка государства, совершенствование образовательных программ и информирование населения о преимуществах новой модели здравоохранения.

1.2 Развитие расширенной сестринской практики в Республике Казахстан

В последние годы в Республике Казахстан наблюдается активное развитие расширенной сестринской практики, представляющей собой важное направление в рамках масштабной реформы системы здравоохранения. Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) определило модернизацию сестринского дела как стратегический приоритет, направленный на повышение доступности и качества медицинской помощи, оптимизацию нагрузки на врачей и усиление роли медсестер в первичном звене здравоохранения [74].

Реформа сестринского дела в Казахстане реализуется поэтапно (рис.2) и уже демонстрирует конкретные результаты. В июле 2018 года был запущен пилотный проект, ориентированный на внедрение новой модели сестринской службы в медицинских организациях. В рамках этого проекта специалисты с

прикладным и академическим бакалавриатом по сестринскому делу получили расширенные профессиональные полномочия, перейдя из исполнителей врачебных назначений в равноправных участников лечебного процесса. По итогам испытаний пилотный проект был признан успешным, и с 2020 года модель расширенной сестринской практики начала активно внедряться в системе первичной медико-санитарной помощи по всей стране.

Расширенная сестринская практика в Казахстане способствует перераспределению обязанностей между врачами и медсестрами, что позволяет оптимизировать медицинскую помощь, повысить ее эффективность и удовлетворенность пациентов. Введение данной модели приближает национальную систему здравоохранения к международным стандартам и способствует повышению статуса сестринской профессии.



Рисунок 2 - Этапы реформирования сестринской службы в РК

1.2.1 Подготовка медицинских сестёр расширенной практики в Казахстане

Во многих государствах системы здравоохранения сталкиваются с серьезными вызовами, обусловленными продолжительным дефицитом квалифицированных медицинских кадров [75]. Ключевыми факторами данной проблемы являются ограниченные инвестиции в профессиональное образование, подготовку кадров, условия труда, систему оплаты и управление [76]. В результате наблюдается острая нехватка специалистов, высокая текучесть кадров, преждевременное завершение профессиональной деятельности, а также значительная внутренняя и международная миграция медицинских работников.

Всемирная организация здравоохранения в настоящее время рассматривает медицинских сестер в качестве значимого ресурса, обеспечивающего

удовлетворение растущих потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи. Современная система здравоохранения фокусируется на подготовке нового поколения медицинских сестер [77], совершенствовании нормативно-правовой базы, создании условий для полного раскрытия их профессионального потенциала и эффективного управления сестринской практикой [78]. Важным направлением также является формирование равноправного сотрудничества между медсестрами и другими медицинскими специалистами. При этом особое внимание следует уделять повышению качества образования и развитию практических навыков будущих специалистов [79].

В последние годы системы образования в различных странах мира переживают существенные преобразования. Казахстан также следует этому тренду, активно модернизируя свою национальную систему медицинского образования. Особое внимание уделяется интеграции в европейское образовательное пространство, особенно в сфере подготовки специалистов сестринского дела, где уже реализованы значимые реформы.

В Казахстане модернизация сестринского дела охватывает все его уровни, включая контроль качества образования в соответствии с мировыми стандартами и подготовку специалистов с высшим сестринским образованием для практического здравоохранения. Во многих странах мира профессиональное обучение медсестер выходит за рамки базового технического и среднего образования, охватывая программы бакалавриата, магистратуры и докторантуры, что открывает перед ними новые карьерные перспективы. Современные тенденции развития сестринского образования и службы значительно укрепляют позиции медсестер в национальной системе здравоохранения [80].

В Казахстане, как и в других странах, наблюдаются определенные трудности и вызовы в подготовке медицинских сестер, которые касаются как образовательные программы, так и практического применения их профессиональных навыков:

Во-первых, одной из основных проблем является недостаточная современность и адаптированность образовательных программ для медицинских сестер к современным требованиям здравоохранения. Образовательные программы могут не соответствовать актуальным медицинским технологиям, новым методам диагностики и лечения, а также не учитывать изменяющиеся потребности пациентов.

Во-вторых, недостаточное участие медицинских сестер в педагогической деятельности. В образовательных учреждениях преподавание сестринского дела зачастую возложено на врачей, а не на специально подготовленных медицинских сестер, что может негативно влиять на качество подготовки будущих специалистов.

Третьей проблемой является нехватка практического опыта и возможностей для студентов медицинских учебных заведений. Недостаточное количество стажировочных мест или ограниченный доступ к клинической

практике может затруднять получение студентами необходимых практических навыков.

Помимо упомянутых ранее проблем, важной задачей остается повышение статуса профессии медицинской сестры в обществе. Недостаточное признание этой специальности, отсутствие эффективных стимулов, низкий уровень заработной платы и ограниченные возможности карьерного роста снижают ее привлекательность для молодежи. В результате выпускники школ редко отдают предпочтение данной профессии, что в будущем может привести к дефициту квалифицированных кадров в сфере сестринского дела.

Несмотря на то, что государство активно работает над совершенствованием системы подготовки медицинских сестер, остается необходимость укрепления сотрудничества между образовательными учреждениями, работодателями и профессиональными ассоциациями. Такое взаимодействие позволит разработать и внедрить эффективные меры, направленные на повышение качества образования и профессиональной подготовки медицинских сестер в Казахстане.

Также стоит обратить внимание на проблему недостатка обновления знаний и навыков у уже работающих медицинских сестер. Быстрое развитие медицинской науки и технологий требует постоянного обновления профессиональных знаний и навыков, однако доступ к такому обновлению может быть ограничен из-за отсутствия времени, финансовых ресурсов или подходящих программ обучения.

Кроме вопросов образования и подготовки, важно обратить внимание на условия труда медицинских сестер, включая высокую рабочую нагрузку, нехватку необходимых ресурсов и неблагоприятные условия труда. Эти факторы могут отрицательно влиять как на физическое и эмоциональное состояние медсестер, так и на уровень оказываемой ими медицинской помощи.

Для эффективного решения этих вопросов необходим всесторонний подход, предусматривающий совершенствование образовательных программ, внедрение механизмов мотивации для профессионального роста и карьерного продвижения, а также улучшение условий труда и признание вклада медицинских сестер в системе здравоохранения.

С целью адаптации сестринского образования к передовым международным стандартам и обеспечения его соответствия лучшим мировым практикам, в Республике Казахстан в период с 2014 по 2020 годы Министерством здравоохранения были предприняты системные меры по развитию всех уровней подготовки специалистов в области сестринского дела в соответствии с европейскими директивами. Значимым достижением стало внедрение эффективной системы управления сестринской деятельностью, основанной на финской модели подготовки кадров [81]. Начиная с 2017 года, при содействии экспертов из университетов прикладных наук JAMK и LAMK (Финляндия) осуществлялась деятельность по четырём приоритетным направлениям:

- Внедрение новой системы управления в сфере подготовки и деятельности специалистов сестринского дела;
- Пересмотр образовательных программ подготовки специалистов сестринского дела, согласно Европейским директивам;
- Повышение потенциала преподавателей сестринского дела;
- Совершенствование клинической подготовки специалистов сестринского дела и внедрение модели наставничества [80, с.34].

По результатам проведенной реформы сестринского дела в настоящее время в Республике Казахстан внедрена многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела. Первый уровень включает колледжи (ТиПО/College), прикладной бакалавриат/Applied bachelor – это послесреднее (практико-ориентированное) высшее образование для медсестер, дающее углубленные клинические знания и навыки, готовящие к расширенной практике. Второй уровень представлен учреждениями высшего образования, академический бакалавриат/academic bachelor – это полноценное высшее образование по специальности «Сестринское дело». Согласно установленным квалификационным требованиям, именно наличие степени прикладного или академического бакалавра в области сестринского дела является необходимым условием для статуса медсестры расширенной практики. Третий уровень — это магистратура/master, обеспечивающая подготовку магистров по направлению «Сестринское дело». Четвёртый уровень — докторантура (PhD) по специальности «Сестринская наука» [82], (Рис.3).

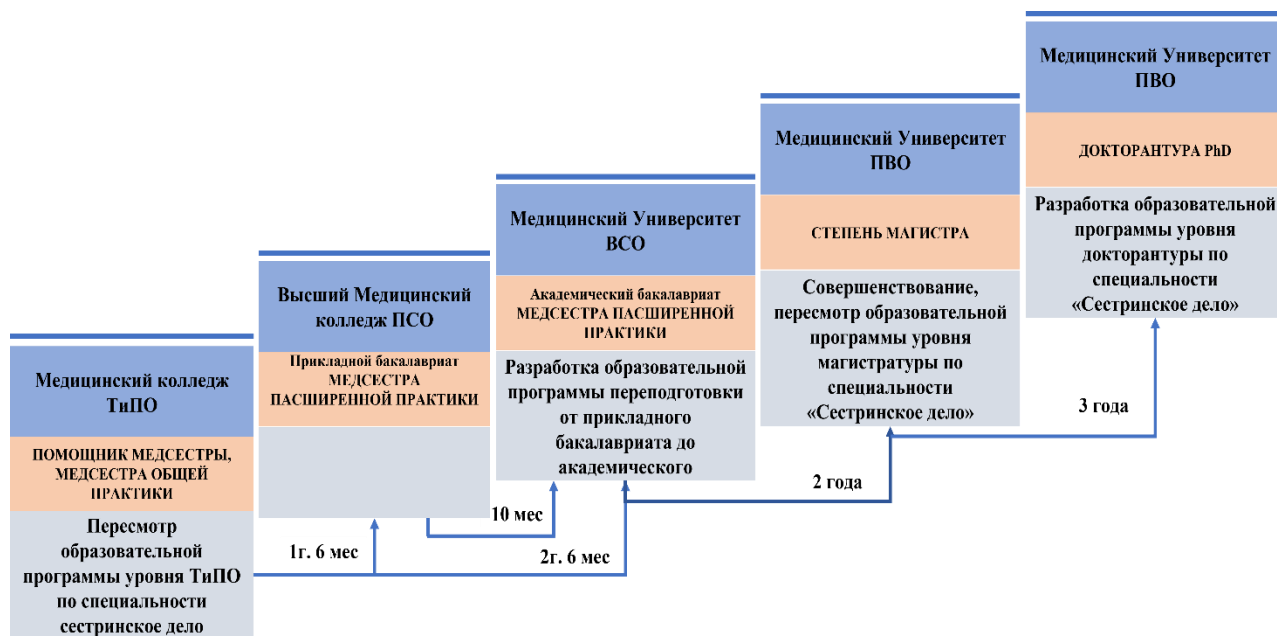


Рисунок 3 - Уровни подготовки медсестёр в Республики Казахстан

В целях модернизации системы подготовки специалистов по сестринскому делу были разработаны и внедрены интегрированные образовательные программы прикладного и академического бакалавриата, магистратуры (включая

программу двухдипломного образования в рамках Казахстанско-Финской магистратуры) и докторантуры PhD. Также реализованы ускоренные программы бакалавриата, обеспечивающие возможность действующим медицинским сестрам получить послесреднее, высшее и послевузовское образование в области сестринского дела. В контексте внедрения новой системы управления подготовкой и профессиональной деятельностью кадров сестринского профиля была проведена оценка деятельности медицинских колледжей с последующей их трансформацией в Высшие колледжи для реализации программ прикладного бакалавриата. Обучение по специальности «Сестринское дело» с квалификацией «Прикладной бакалавр» проводится в 42 Высших медицинских колледжах согласно государственному общеобязательному стандарту технического и профессионального образования и типовым учебным планам. Основной целью программы прикладного бакалавриата является подготовка высококвалифицированных специалистов-практиков в сфере сестринского дела, обладающих развитым критическим и аналитическим мышлением. Выпускники данной программы должны быть способны эффективно интегрировать теоретические знания в профессиональную практику, постоянно совершенствовать свои компетенции и частично осуществлять функции, ранее относящиеся к врачебной деятельности [83]. Это поможет сократить дефицит врачебных кадров и улучшить доступность и удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах [84].

Для практикующих медсестер также организуются курсы переподготовки и повышения квалификации, позволяющие освоить новые компетенции. В ходе внедрения самостоятельного сестринского приема сотни медсестер прошли специальные учебные циклы. По завершении обучения они получают соответствующие сертификаты, дающие право вести самостоятельный прием пациентов. Такие курсы охватывают современные протоколы ведения хронических заболеваний, профилактику, коммуникационные навыки и др.

Анализ международных исследований, посвященных актуальным вопросам подготовки медицинского персонала как за рубежом, так и в Республике Казахстан, показывает, что в мировой практике для должностей медицинских сестер расширенной практики требуется магистерская степень [85]. Это обусловлено необходимостью углубленных знаний в области клинической практики, диагностики, лечения и управления пациентами. В то же время в Казахстане такие должности занимают специалисты с прикладным бакалавриатом, что приводит к несоответствию уровней подготовки по сравнению с международными стандартами. Подобный разрыв может отрицательно повлиять на качество оказываемой медицинской помощи, особенно в условиях сложных клинических случаев [86].

Для повышения эффективности образовательного процесса в системе подготовки и последипломного профессионального развития специалистов сестринского дела в Республике Казахстан необходимо обеспечить преемственность в освоении теоретических знаний и практических навыков на

всех уровнях обучения. Это позволит более эффективно использовать потенциал медицинских сестер с высшим образованием в контексте их нового профессионального статуса. Кроме того, требуется проведение всестороннего анализа профессиональных траекторий студентов сестринского профиля, а также целенаправленная подготовка кадров в соответствии с современными тенденциями развития сестринского дела и актуальными потребностями медицинских образовательных учреждений.

Таким образом, внедрение новой образовательной модели подготовки специалистов сестринского профиля, разработанной в сотрудничестве с международными экспертами, будет способствовать формированию компетентного поколения медицинских сестер, способных обеспечить высокое качество медицинских услуг и более полное удовлетворение потребностей пациентов.

1.2.2 Нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность медсестёр расширенной практики в РК

Нормативно-правовое регулирование сестринского дела является важнейшим элементом развития системы здравоохранения, поскольку определяет правовой статус, полномочия и профессиональные обязанности медсестер, а также стандарты их подготовки и деятельности. Система нормативно-правового регулирования деятельности медицинских сестер ориентирована на расширение их профессиональных полномочий, внедрение стандартизированных моделей сестринского ухода, а также обеспечение правовых условий для профессионального развития и интеграции сестринской практики в структуру первичной медико-санитарной помощи. В последние годы Министерство здравоохранения Республики Казахстан разработало и внедрило ряд ключевых документов, регулирующих сестринскую практику и профессиональную деятельность медсестер.

Основополагающим нормативным документом, регулирующим деятельность медицинских сестер в Казахстане, является Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 г. Впервые на законодательном уровне закреплён статус медицинской сестры расширенной практики. Согласно статье 127 Кодекса, медсестра расширенной практики – это специалист с послесредним или высшим образованием в области сестринского дела, осуществляющий расширенные функции сестринского ухода [87]. Кодекс прямо наделяет МРП правом на независимую профессиональную сестринскую практику, включая самостоятельную оценку состояния пациента, установление сестринского диагноза, назначение плана сестринских вмешательств и мониторинг их эффективности на основе клинических протоколов и сестринских руководств. Эти нормы заложили правовой фундамент для более автономной роли медсестер.

Для реализации положений Кодекса были приняты подзаконные акты. В частности, Приказ Министра здравоохранения РК № ҚР ДСМ-199/2020 от 23 ноября 2020 г. утвердил Правила оказания сестринского ухода [88]. В этих

правилах закреплено, что медицинские сестры расширенной практики оказывают самостоятельный сестринский уход, выполняя оценку состояния пациента, постановку сестринского диагноза, планирование сестринских вмешательств и мониторинг результатов в соответствии с клиническими протоколами и сестринскими руководствами

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» была официально введена должность «медицинская сестра расширенной практики» в номенклатуру должностей работников здравоохранения, а также представлены квалификационные характеристики к образованию и компетенциям медсестер расширенной практики [89]. Медицинская сестра расширенной практики – специалист с послесредним образованием по специальности «Сестринское дело» (прикладной бакалавриат), осуществляющий расширенные функции в рамках сестринского ухода. Медицинская сестра расширенной практики использует практику постановку сестринских диагнозов и составления плана сестринских вмешательств для пациента. Это медицинские сестры новой формации, которые должны осуществлять независимый сестринский прием и уход, в рамках делегирования функций от врача, осуществлять индивидуальный прием, динамическое наблюдение, консультирование, обучение и патронаж в рамках программы управления заболеваниями и универсально-прогрессивной модели патронажной службы (далее – УПМПС), осуществлять деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, скрининги, вакцинации и ряд диагностических и лечебных манипуляций. В целом, количество медицинских сестер растет, однако в некоторых регионах до сих пор отсутствуют медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием.

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» данный стандарт определяет роль и функции МРП в системе ПМСП [90]. В дополнение к существующим нормативным основам, одним из важных нормативных документов, укрепляющих правовую основу профессиональной деятельности медсестёр расширенной практики в Республике Казахстан, является Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90. «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи», в котором представлен перечень медицинских услуг, оказываемых медицинскими работниками первичной медико-санитарной помощи с высшим медицинским образованием [91]. В соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020. «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических

исследований» на медицинских сестер расширенной практики возложены следующие обязанности: ведение диспансерного учета, наблюдение за пациентами, а также проведение мероприятий по профилактике обострений. Эти функции направлены на обеспечение качественного, своевременного и системного наблюдения за лицами с хроническими заболеваниями с целью предотвращения осложнений, снижения частоты госпитализаций, а также повышения продолжительности и качества жизни пациентов [92].

Несмотря на ориентацию нормативного регулирования деятельности медицинских сестер расширенной практики в Республике Казахстан на международно признанную модель, действующие документы в основном содержат лишь общие положения и квалификационные требования к специалистам, не определяя конкретных требований к процессу оказания медицинской помощи и не устанавливая четкого распределения функций между всеми участниками. Отсутствие структурированного подхода к разграничению ролей на уровне первичной медико-санитарной помощи затрудняет полноценную реализацию деятельности медицинской сестры расширенной практики в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами.

В процессе реформирования сестринской службы важную роль играет ведение документации на уровне сестринского процесса. Ведение медицинской документации представляет собой неотъемлемый и значимый компонент профессиональной деятельности медицинской сестры [93]. Сестринская документация содержит важную информацию и доказательства об оказании медицинской помощи на уровне сестринского процесса. Медсестры по всему миру используют различную стандартизированную терминологию, способствующую улучшению качества медицинских записей, обеспечению непрерывного ухода, согласованности письменного общения и повышению безопасности, как пациентов, так и поставщиков медицинских услуг [94]. Сестринская документация — это неотъемлемая часть профессиональной деятельности медсестры, отражающая все этапы сестринского процесса: оценку состояния пациента, постановку сестринского диагноза, планирование, реализацию и оценку вмешательств. Точное и систематическое ведение медицинских записей:

- обеспечивает непрерывность и преемственность ухода;
- является юридическим свидетельством оказанных услуг;
- повышает качество и безопасность медицинской помощи;
- поддерживает процессы клинического мышления, анализа и принятия решений;
- служит источником данных для оценки эффективности и мониторинга качества работы медперсонала [95].

Точное документирование клинических данных и информации о пациентах имеет огромное значение для оказания непрерывного ухода, развития клинических знаний, обоснованных суждений, обеспечения безопасности и управления сестринским уходом. Кроме того, подробная документация

предоставляет систематизированную информацию, которая помогает действиям других специалистов из мультидисциплинарной команды улучшать уход за пациентами, проводить исследования в области сестринского дела.

Согласно Приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» медицинские сестры расширенной практики заполняют определённые учетные и отчетные формы, закреплённые за ней в рамках выполняемых функций [96].

Во многих странах используются стандартизированные системы терминологии, такие как NANDA, ICNP, CCC и другие, что способствует унификации медицинских записей и улучшению взаимодействия между специалистами [97]. В Казахстане был адаптирован Международный классификатор сестринской практики (ССС), включающий 175 диагнозов и 788 вмешательств, что открывает новые возможности для анализа результатов сестринской деятельности. В перспективе за счет внедрения практики сестринских диагнозов по СССР и сестринских вмешательств, возможно облегчить процесс дифференциальной диагностики и постановки диагноза по МКБ-10.

Клинические сестринские руководства (КСР) представляют собой научно-доказанные рекомендации по передовой практике в определенной клинической области, разрабатываемые и обновляемые на систематической основе профессиональными медицинскими ассоциациями. В Республике Казахстан при участии финских экспертов и подготовленных специалистов было разработано 15 адаптированных клинических сестринских руководств. В соответствии со статьей 127 Кодекса «О здоровье и системе здравоохранения» клинические сестринские руководства, стандарты операционных процедур и сестринские документации разработаны на основе доказательной сестринской практики с целью внедрения независимого сестринского приема в организациях здравоохранения Республики Казахстан и развития программ управления заболеваний на уровне сестринского процесса, что в свою очередь может повлиять на качество оказываемой медицинской помощи на уровне первичного звена. Однако внедрение клинических сестринских руководств в Казахстане сталкивается с рядом препятствий, ограничивающих их эффективное использование в практике медицинских сестер, таких как:

1. Низкий уровень осведомленности и доступности

Многие медицинские сестры не имеют достаточной информации о существующих клинических руководствах или не имеют к ним легкого доступа. Отсутствие единой платформы или системы распространения делает использование этих материалов затруднительным.

2. Недостаточная подготовка персонала

Часто медицинские сестры не обладают необходимыми знаниями и навыками для правильного использования руководств в повседневной работе. Это связано

с недостаточной подготовкой в рамках медицинского образования, а также отсутствием регулярного повышения квалификации по данной теме.

3. Языковой барьер

Многие руководства разрабатываются и публикуются на английском или русском языке, что создает трудности для медсестер, свободно владеющих только казахским языком.

4. Сопротивление изменениям

Некоторые медицинские работники испытывают скепсис по отношению к нововведениям или не готовы менять устоявшиеся подходы к уходу за пациентами, особенно если они не понимают ценности и научной обоснованности клинических рекомендаций.

5. Нехватка административной и организационной поддержки

Руководства не всегда интегрированы в систему стандартов работы медучреждений. Отсутствие четких указаний от администрации или нормативных документов по применению руководств снижает мотивацию персонала использовать их.

Несмотря на внесение изменений в приказы МЗ РК, позволяющие внедрить новые роли медсестер в организациях практического здравоохранения, внедрение их в реальную практику сталкивается с серьезными препятствиями,

одно из них несогласованность и противоречивость нормативно-правовых актов практического здравоохранения, которые затрудняют реинжиниринг процессов организаций здравоохранения с учетом реформы сестринского дела. Не проработаны механизмы внедрения клинических сестринских руководств и стандартов операционных процедур в ежедневную практику медицинских сестер, предстоит важная работа над электронной сестринской документацией. Приказы не содержат нормы, регламентирующие функционал медсестры расширенной практики, законодательство ограничивает полномочия МРП, не позволяя им самостоятельно назначать лечение или диагностические процедуры.

Таким образом, нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность медсестер расширенной практики, недостаточно обеспечивают необходимые условия для их автономной профессиональной деятельности, однако требуют дальнейшего совершенствования в ответ на изменения и вызовы современной медицины.

1.3 Роль медицинской сестры расширенной практики в первичной медико-санитарной помощи

Во всем мире наблюдается усиление роли практикующих медицинских сестер, что обусловлено возрастанием требований к системе здравоохранения и необходимостью повышения эффективности медицинской помощи [98]. Актуальные вызовы, с которыми сталкивается система здравоохранения, включая увеличение распространенности хронических заболеваний [99], рост продолжительности жизни населения, дефицит врачебных кадров и увеличение

нагрузки на первичное звено здравоохранения обусловили повышение спроса на услуги, предоставляемые в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. [100–102], а также способствовали расширению полномочий медицинских сестер. Трансформация сестринского дела в учреждениях первичной медико-санитарной помощи признана многообещающей стратегией улучшения качества и эффективности первичной медицинской помощи и удовлетворения неудовлетворенных медицинских потребностей отдельных лиц, семей и сообществ [103]. Исследователи во многих странах отмечают значительный вклад, который медицинские сестры способны внести в переход к инновационным моделям оказания медицинской помощи, направленным на повышение эффективности и качества услуг первичной медико-санитарной помощи [104]. Большой и убедительный объем фактических данных подчеркивает центральную роль медсестер в повышении доступности услуг первичной медико-санитарной помощи, качества медицинской помощи и удовлетворенности как пациентов, так и других специалистов [105]. Согласно данным исследований, медицинские сестры расширенной практики обеспечивают качество медицинской помощи, сопоставимое или превосходящее уровень, предоставляемый врачами первичной медико-санитарной помощи. Они достигают аналогичных клинических исходов, а также демонстрируют более высокий уровень удовлетворенности пациентов, особенно в контексте оказания помощи при неотложных физических состояниях и хронических заболеваниях [106].

В настоящее время в большинстве стран Европейского союза (ЕС) организация профессиональной деятельности медицинских сестер основывается на концептуальной модели сестринской практики, представленной международному медицинскому сообществу в 2003 году Ассоциацией зарегистрированных медсестер Онтарио (Registered Nurses' Association of Ontario). Указанная модель направлена на обеспечение эффективного функционирования системы сестринского ухода с целью предоставления квалифицированной и безопасной помощи пациентам. Она охватывает все ключевые аспекты профессиональной деятельности медсестры от индивидуального уровня взаимодействия с пациентом до организационного и системного уровней.

В рамках данной модели деятельность медицинской сестры строится на интеграции трех взаимосвязанных компонентов медицинской помощи, обеспечивающих комплексный подход к организации сестринской практики:

- организационный (от планирования до осуществления сестринского ухода через регламентацию всего процесса, обучение пациентов и проведение профилактической работы);

- профессиональный (закрепление уровня самостоятельности, определение перечня компетенций и навыков, квалификационные характеристики, исследовательская деятельность);

- когнитивный/психологический/ социальный/культурный (построение мультидисциплинарной команды, развитие коммуникативных качеств, решение этических и деонтологических вопросов).

Предложенная модель предусматривает расширение полномочий и повышение степени профессиональной автономии медицинских сестер, особенно в условиях первичной медико-санитарной помощи, акцентируя их ключевую роль в организации и обеспечении непрерывности лечебного процесса.

В Республике Казахстан наблюдается явное усиление роли медсестры в современной системе здравоохранения в связи с тенденциями развития сестринского дела. Эти тенденции обусловлены не только глобальными изменениями в медицинской сфере, но и специфическими потребностями казахстанского общества.

Одним из важнейших направлений усиления роли медицинской сестры является расширение ее профессиональных функций и компетенций. Исторически медсестра рассматривалась как представитель среднего медицинского персонала, выполняющий задачи по уходу за пациентом в соответствии с указаниями врача. Однако в современных условиях, с учетом развития теорий сестринского дела, основанных на научных подходах и принципах доказательной практики, статус медсестры значительно трансформировался. Сегодня она выступает как равноправный партнер врача, обладающий правом принимать самостоятельные клиническо-сестринские решения, разрабатывать и реализовывать план доказательного сестринского ухода, с обязательным отражением в соответствующей медицинской документации. Современная модель взаимодействия между врачом и медсестрой основывается на принципах межпрофессионального сотрудничества, где врач оказывает врачебную помощь, а медсестра — сестринскую, что в совокупности способствует повышению качества и эффективности медицинской помощи на всех уровнях здравоохранения. В современных условиях медсестры в РК уже не только осуществляют рутинные медицинские процедуры, но и принимают активное участие в проведении диагностики, оказании первой помощи, координации медицинского ухода и обучении пациентов самостоятельному уходу за собой. Это требует от медсестер более высокого уровня квалификации и ответственности.

Еще одной важной тенденцией является повышение значимости профилактической работы медсестер. В контексте здравоохранения в Республике Казахстан все больше уделяется внимания профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни. Медсестры играют ключевую роль в проведении профилактических мероприятий, консультировании пациентов и оказании поддержки в вопросах здоровья.

На сегодняшний день медицинским сестрам расширенной практики делегированы такие задачи, как предварительный самостоятельный прием пациентов, наблюдение и осмотр пациентов в динамике, ведение медицинской документации и записей в картах пациентов в пределах своей компетенции.

Кроме того, выписывание бесплатных рецептов на лекарственные средства пациентам по назначению врача через информационные системы, регулирование и сортировка потока пациентов, предварительная запись и регистрация пациентов на прием к врачу, регистрация вызовов на дом, а также прием, регистрация и передача активов, а также регистрация запросов на прикрепление к организации ПМСП также передано в поле ответственности специалистов сестринского дела.

Вместе с тем, медицинская сестра расширенной практики осуществляет независимый сестринский уход, динамическое наблюдение, консультирование, обучение и патронаж в рамках программы управления заболеваниями и универсально-прогрессивной модели патронажной службы, осуществляет деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, проводит скрининги, вакцинацию и ряд диагностических и лечебных манипуляций в рамках компетенции. Максимальное сокращение времени на «техническую» работу позволит больше уделять времени пациентам, что значительно повысит качественно оказываемой медицинской помощи.

В связи с внедрением новой модели сестринской службы возникает потребность в оценке качества деятельности медицинских сестер расширенной практики. По определению ВОЗ, «Качество медицинской помощи – это степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных».

Повышение качества медицинской помощи представляет собой ключевое направление реформирования систем здравоохранения в большинстве стран. Независимо от уровня развития, государства сталкиваются с рядом общих вызовов, включая обеспечение доступности и равенства в оказании услуг, повышение безопасности и вовлеченности пациентов, а также совершенствование профессиональных компетенций, внедрение современных технологий и принципов доказательной медицины в условиях ограниченных ресурсов.

Выделяют 4 основных критерия качества медицинской помощи: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов и результативность лечения. Управление качеством должно включать в себя следующие необходимые компоненты: оценку и контроль качества, улучшение качества, обеспечение качества. Обеспечение качества включает в себя три важных критерия: оно является непрерывным, имеет различные методы измерения и улучшения качества, а также проводит четкое различие между внутренними и внешними подходами к оценке качества. Предоставление сестринским службам определенной степени самостоятельности дает возможность руководителям сестринских служб вырабатывать собственные стратегические направления в системе обеспечения качества сестринской помощи. На сегодняшний день в поликлиниках не разработаны четкие критерии оценки качества МРП по

которым мы могли бы оценивать их работу, что в свою очередь приводит к недопониманию со стороны медсестер о конечных результатах своей деятельности [107,108].

Таким образом, оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики, осуществляющей самостоятельный приём, является важным элементом в обеспечении качественной, безопасной и ориентированной на пациента медицинской помощи. Это способствует не только повышению уровня профессиональной ответственности и клинической компетентности медсестры, но и улучшению эффективности всей системы первичной медико-санитарной помощи. Применение четких критериев оценки качества позволяет объективно отслеживать достижения в сестринской практике, выявлять зоны роста, корректировать индивидуальные планы развития и повышать уровень доверия со стороны пациентов. В условиях расширенных полномочий и самостоятельности такие оценки становятся основой для устойчивого развития и интеграции модели сестринского приема в национальную систему здравоохранения.

1.4 Удовлетворенность пациентов услугами медицинской сестры расширенной практики за рубежом

В последние десятилетия расширенная сестринская практика широко распространилась в современном здравоохранении различных стран. Эти специалисты выполняют функции, выходящие за рамки традиционной сестринской деятельности, включая диагностику, лечение, назначение лекарственных препаратов и ведение хронических заболеваний. Исследования показывают, что пациенты высоко оценивают качество услуг оказываемых МРП, что способствует повышению удовлетворенности медицинским обслуживанием в целом [109,110].

Удовлетворенность пациентов являются ключевыми показателями для оценки качества услуг МРП [111], она в свою очередь измеряется с помощью опросников после самостоятельного приема. Удовлетворенность пациентов представляет собой многогранный и изменчивый процесс, охватывающий оценку взаимосвязанных физических, психологических и социальных компонентов медицинской консультации. При этом цель такого анализа заключается не столько в составлении перечня удовлетворённых или неудовлетворённых аспектов оказания медицинской помощи, сколько в более глубоком осмыслении и интерпретации опыта пациента взаимодействия с системой здравоохранения [112]. Международные исследования показывают, удовлетворенность пациентов услугами медицинских сестер расширенной практики зависит от нескольких ключевых факторов:

- Компетентность и профессионализм. Пациенты отмечают высокий уровень клинических знаний и навыков МРП, что способствует их доверию к специалистам [113].

- Доступность медицинской помощи. Расширенные полномочия позволяют медицинским сестрам не только проводить первичный осмотр, но и

самостоятельно принимать решения в рамках своей компетенции. Это приводит к снижению времени ожидания и повышению доступности консультаций – два аспекта, которые напрямую коррелируют с удовлетворенностью пациентов [114,115].

- Качество коммуникации. Пациенты отмечают, что медсестры расширенной практики уделяют больше времени обсуждению симптоматики, подробному объяснению плана лечения и индивидуальному подходу. Благодаря такому подходу формируется доверительное отношение, что положительно влияет на общую оценку полученной помощи.

- Эмпатия и психологическая поддержка. Многие пациенты отмечают, что МРП демонстрирует большую эмпатию и индивидуальный подход по сравнению с врачами.

Результаты исследований, проведенных в США, Канаде, Великобритании и Нидерландах, свидетельствуют о том, что специалисты в области сестринского дела, работающие в системе первичной медико-санитарной помощи, обеспечивают высокий уровень удовлетворенности пациентов, способствуют укреплению их активной позиции в отношении собственного здоровья и оказывают медицинские услуги, сопоставимые или превосходящие по качеству услуги, предоставляемые врачами общей практики. [116]. Это также подтверждается в исследованиях Паркера, что в Австралии пациенты одобряют роль МРП в предоставлении медицинских справок, повторных рецептов, первичных консультаций и лечении «незначительных» или «ежедневных» проблем со здоровьем а также последующего наблюдения при некоторых хронических заболеваниях, таких как диабет [117]. В США ряд исследований [118] отмечает, что около 90% пациентов выражают удовлетворённость качеством медицинской помощи, которую оказывают МРП, особенно в рамках первичной медицины. При этом МРП, как правило, проводят более длительные консультации и проводят больше исследований. Кроме того, согласно исследованию S.Thotam и соавтора, МРП используют более персонализированный, неформальный стиль общения, что способствует уделять больше внимания профилированию и профилактике заболеваний, проводить тщательное наблюдение за хроническими состояниями, а также улучшению взаимодействия с пациентами и совместному принятию клинических решений [119].

Благодаря доступности и частым контактам с пациентами МРП способствуют раннему выявлению проблем, что положительно сказывается на общем уровне здоровья населения. Исследования, проведённые в Канаде и Великобритании [64, с.9], подтверждают, что внедрение МРП в систему первичной медицинской помощи улучшило доступность услуг. Пациенты отмечают удобство получения помощи и более высокое качество коммуникации с медицинскими работниками. Одновременно с этим наблюдается снижение нагрузки на врачей, поскольку МРП берут на себя часть рутинных функций, что позволяет специалистам сосредоточиться на более сложных клинических вопросах. Такой подход способствует повышению

эффективности системы здравоохранения, улучшению координации ухода и снижению времени ожидания консультаций [35, с.2-3]. В Австралии и Нидерландах исследования [120] показывают, что пациенты демонстрируют высокий уровень доверия к МРП и отмечают улучшение общего качества медицинской помощи. Среди преимуществ выделяют: индивидуальный подход и внимательность: специалисты МРП уделяют больше времени на общение с пациентом, что позволяет более точно определить его потребности и адаптировать лечение под конкретные условия, фокус на профилактике и самообслуживании: за счёт активного вовлечения пациентов в процесс контроля за своим здоровьем повышается их информированность, что способствует лучшему соблюдению предписаний и рекомендаций.

Исследования, проведенные в различных странах, подтверждают, что медицинские сестры расширенной практики вносят значительный вклад в улучшение качества и доступности медицинской помощи. Высокий уровень удовлетворенности пациентов демонстрирует эффективность данной модели здравоохранения, что обосновывает ее дальнейшее развитие на международном уровне.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1 Программа диссертационного исследования

Для достижения цели и решения поставленных задач была разработана программа исследования. Исследование включало пять основных этапов: (таблица 1).

Таблица 1 – Программа исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Объем исследования
1	2	3
Провести анализ опыта подготовки и профессиональной деятельности медсестер расширенной практики за рубежом и в Республике Казахстан.	Библиографический, информационно-аналитический, исторический	107 литературных источника
Изучить опыт работы медицинских сестер расширенной практики, осуществляющих самостоятельный прием пациентов.	Качественное исследование (полуструктурированное интервью). Контент-анализ с применением индуктивного метода	Медицинские сестра расширенной практики, осуществляющие самостоятельный прием М пациентов (n=22)
Оценить удовлетворенность пациентов услугами медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме	Одномоментное поперечное исследование. Социологический опрос (анкетирование), статистический метод	Пациенты, посетившие самостоятельный сестринский прием (n=538)
Разработать практические рекомендации по совершенствованию профессиональной деятельности медицинских сестер расширенной практики на самостоятельном приеме.	Метод Delphi	Эксперты (n=11)

Дизайн исследования. В рамках данной диссертационной работы был применён смешанный дизайн исследования (mixed-methods research), включающий количественное поперечное исследование с использованием структурированного опросника и качественное тематическое исследование, включающее полуструктурированные интервью. Дизайн исследования представлен на рисунке 4. Для обеспечения достоверности и надёжности результатов поперечного исследования, мы следовали рекомендациям Руководства по проведению наблюдательных эпидемиологических исследований Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (руководство для авторов, необходимое для

повышения качества отчётов о наблюдательных исследованиях в эпидемиологии) [121]

Для повышения качества и прозрачности отчётности в качественных исследованиях, обеспечивающих структурированность, достоверность и воспроизводимость результатов нами был использован чек-лист Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (консолидированные критерии для отчётности в качественных исследованиях) [122].

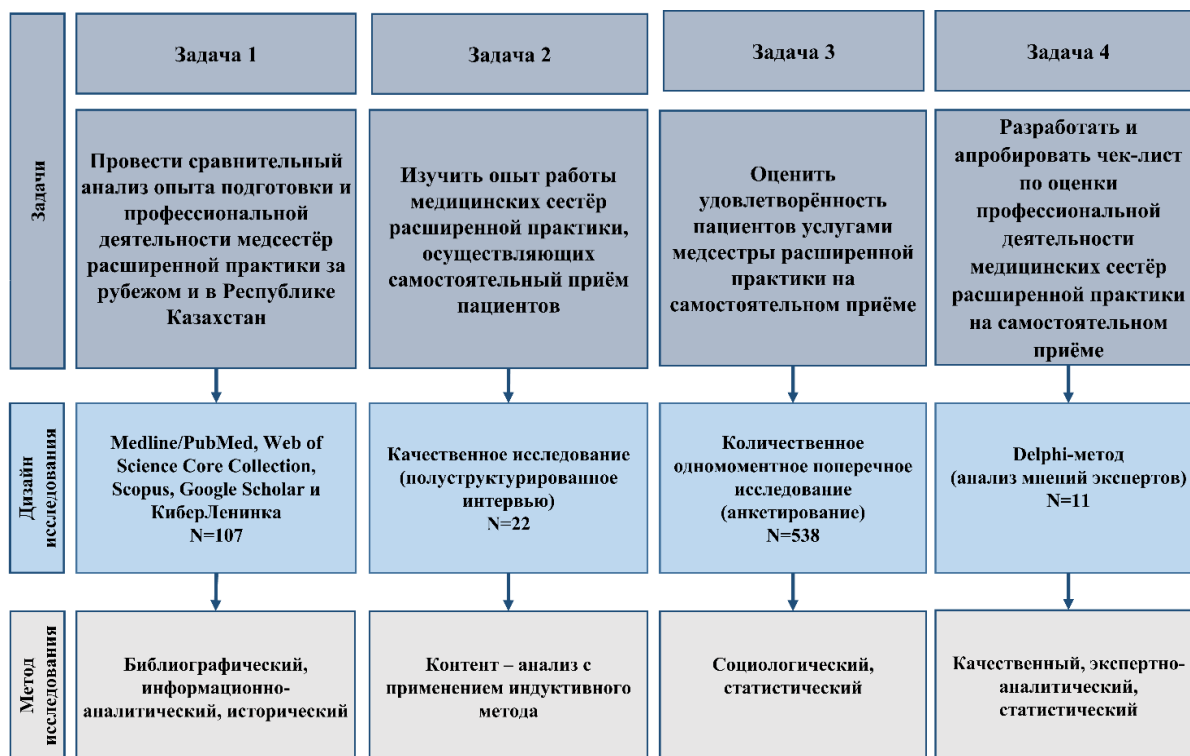


Рисунок 4 - Схема диссертационного исследования

2.2 Метод библиографического исследования

В рамках реализации **первой задачи** исследования был проведён всесторонний обзор научной литературы по заявленной теме. Информационный поиск осуществлялся в отечественных и международных базах данных, таких как Medline/PubMed, Web of Science Core Collection, Scopus, Google Scholar и КиберЛенинка. Поиск проводился на русском и английском языках с охватом публикаций за последние 20 лет, что обусловлено активным развитием института медицинских сестер расширенной практики с 1960-х годов. Кроме научных публикаций, в анализ были включены адаптированные клинические руководства по сестринскому делу, нормативно-правовые акты Республики Казахстан и доклады Всемирной организации здравоохранения. Библиографический поиск проводился с использованием релевантных ключевых слов: «advanced practice nurses», «primary health care», «registered nurse», «patient satisfaction», «quality of medical services», «advanced practice nursing education», «расширенная сестринская практика», «самостоятельный сестринский прием», «удовлетворенность пациентов»,

«качество медицинских услуг», «подготовка медсестер». В поисковой стратегии применялись логические операторы «AND», «OR» и «NOT». Всего было отобрано 107 источников литературы, которые были включены в обзор по данному исследованию и обсуждение результатов.

2.3 Контент-анализ с применением индуктивного метода

Для выполнения **второй** задачи выбрано исследование с использованием качественного дизайна с применением полуструктурированного интервью. Данный метод исследует и дает нам более глубокое и детальное понимание проблем медсестер с их собственной точки зрения в реальной ситуации [123]. Применение метода интервью позволяет исследователю более глубоко изучить участников исследования. Для более глубокого изучения используются неструктурированные и полуструктурированные интервью. Именно эти типы интервью чаще всего используются в исследованиях в области здравоохранения и сестринского дела. Полуструктурированные интервью используются, когда исследователь располагает некоторой информацией по изучаемому вопросу. Структура такого интервью позволяет определить определенные вопросы, которые могут быть открытыми или закрытыми. Исследователь направляет интервьюируемого таким образом, чтобы он получил максимум информации об области исследования, и сокращает возможности для дискуссий на не относящиеся к делу темы. Этот тип интервью часто используется в исследованиях сестринского дела [124]. В качестве предпочтительного метода проведения собеседования было выбрано очное интервью, которое давало возможность собрать более точную и полную информацию, выстроить более доверительные отношения между исследователем и респондентом, что также придавало уверенности респонденту в неразглашении персональных данных и персональных данных личного характера. В этой ситуации респонденты чувствовали себя более непринужденно и делились информацией, о которой предпочитали умалчивать, когда были свидетели. Этапы проведения качественного исследования схематически представлены в таблице 5.

1 этап	СБОР ДАННЫХ ПОСРЕДСТВОМ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ
2 этап	СОЗДАНИЕ ПИСЬМЕННОГО ТЕКСТА НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ИНТЕРВЬЮ
3 этап	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕДИНИЦ АНАЛИЗА, ТАКИХ КАК АБЗАЦЫ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ ИЛИ СЕМАНТИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ
4 этап	РЕДУКЦИЯ ДАННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ КОДИРОВАНИЯ ИЛИ КЛАССИФИКАЦИИ
5 этап	ГРУППИРОВКА КОДОВ ПО КАТЕГОРИЯМ, ТЕМАМ

Рисунок 5 - Этапы проведения качественного исследования

2.3.1 Метод сбора данных

Сбор данных осуществлялся в период с апреля по август 2023 года на базе городских поликлиник № 3 г. Актобе, № 5 г. Алматы и № 5 г. Астаны. Выбор указанных учреждений был обусловлен тем, что именно в них реализуется практика самостоятельного сестринского приема.

Руководства для проведения интервью были разработаны на основе аспектов, признанных значимыми в международных обзорах [125], включающее 18 вопросов, охватывающих социально-демографические характеристики, организационные условия, объём и характер выполняемой работы, оценку качества самостоятельного приёма, а также проблемы, с которыми сталкиваются медицинские сёстры в своей профессиональной деятельности. Структура опросника направлена на получение комплексной и релевантной информации в соответствии с критериями качественного исследования. Руководство зарегистрировано в государственном реестре прав на объекты, охраняемые авторским правом (свидетельство № 40387 от 10 ноября 2023 года) под названием «Полуструктурированное интервью для медицинских сестёр самостоятельного приёма на уровне первичной медико-санитарной помощи» (Приложение 2).

Интервью с медсестрами проходило индивидуально в тихой комнате соответствующей поликлиники без внешнего доступа. Общая продолжительность интервью составляла от 15 до 40 минут. Для этого исследования в качестве методов сбора данных использовались мобильный диктофон. Запись интервью помогла сохранить все слова и комментарии участников, а также вопросы исследователя. Таким образом, была исключена потеря данных во время анализа. Это дало возможность собрать полную информацию, необходимую в данном исследовании, по каждому участнику и провести качественный анализ данных. Кроме того, это позволило исследователю наблюдать за собеседниками во время интервью, установить зрительный контакт без потери данных [126].

Способ формирования выборки. В проведенном качественном исследовании выборка была сформирована с использованием принципа теоретического насыщения (сатурации). В качественном исследовании увеличение объема данных не всегда приводит к появлению новой информации, так как в анализ включаются уже обработанные качественные данные или коды. Частоты редко имеют значение в таких исследованиях, поскольку они направлены на реконструкцию смысла, а не на формирование обобщенных выводов. Более того, из-за трудоемкости качественных исследований анализ больших выборок может занимать много времени и часто является нецелесообразным. С точки зрения обоснованной теории, насыщенность определяется как "момент в процессе кодирования, когда в данных не появляются новые коды" [127]. Сбор материалов был завершён после того, как стало ясно, что последующие интервью не предоставляют новой значимой информации, необходимой для достижения целей исследования. Таким образом, количество медицинских сестер составило $n=22$. Отбор ключевых информантов для участия в интервью

проводился согласно установленных критериев включения и исключения, представленные в таблице 2.

Таблица 2 – Критерии включения и исключения медицинских сестер расширенной практики

Критерии включения	Критерии исключения
Медицинские сестра прикладного бакалавриата, которые ведут самостоятельный прием	медицинские сестра технического и профессионального образования
Медицинские сестра академического бакалавриата, которые ведут самостоятельный прием	-
Медицинские сестра послевузовского образования, которые ведут самостоятельный прием	-

Характеристика ключевых информантов исследования. Всего в исследовании приняли участие 22 медицинские сестры расширенной практики городской поликлиники № 5 г.Астана, городской поликлиники № 5 г.Алматы и городской поликлиники №3 г.Актобе. Индивидуальное полуструктурированное интервью включал сбор демографических данных участников исследования (возраст, пол, образование, стаж в должности медицинской сестры расширенной практики), что в свою очередь показывают большинство участников составляли женщины (91%), при этом 9% участников были мужчинами. Это может быть объяснено тем, что профессия медсестры до сих пор остается профессией, в которой доминируют женщины. Наиболее многочисленную группу составляют респонденты в возрасте от 18 до 29 лет, что составило 45%. Стаж в должности медицинской сестры расширенной практики до года составил 77%, от года и выше 23%, 90% участников имеют высшее образование, и 10% — послевузовское (таблица 3).

Таблица 3 – Демографическая характеристика участников

Респонденты	Структура	абс.	%
Пол	муж	2	9
	жен	20	91
Возраст	от 18 до 29 лет	10	45
	от 30 до 39 лет	5	23
	от 40 до 49 лет	3	14
	от 50 до 63 лет	4	18
Стаж в должности мед. сестры расширенной практики	год	17	77
	От года и выше	5	23
Образование	высшее	21	90
	послевузовское	1	10
Всего:		22	100%

2.3.2 Анализ данных

Все аудиозаписи были дословно транскрибированы в текстовый формат с использованием программы Microsoft Word. Для последующего анализа полученных данных был применен контент-анализ с использованием индуктивного подхода [128]. Контент-анализ представляет собой метод качественного исследования, направленный на детальную оценку и интерпретацию текстовых данных с целью выявления, обоснования и систематизации информации, полученной от участников интервью. Эта методология была выбрана потому, что она фокусируется на качественных исследованиях в области сестринского дела и обеспечивает как надежность, так и научную строгость. Мы использовали следующие шаги для создания кодов посредством прямой и индуктивной оценки данных: Исследователи прослушивали интервью несколько раз и расшифровывали записанные интервью слово за словом. Абзацы, предложения и слова считались смысловыми единицами. Смысловая единица — это набор слов и предложений, связанных друг с другом по содержанию и классифицированных в зависимости от их контекста и содержания. Тексты просматривались несколько раз, чтобы выделить слова, содержащие ключевые понятия или смысловые единицы, и извлечь исходные коды. Коды проверялись несколько раз в непрерывном процессе, от извлечения кода до маркировки. Подобные коды были объединены, классифицированы и помечены, а также определены подкатегории. Извлеченные подкатегории в конечном итоге сравнивались и (если возможно) объединялись для формирования основных категорий. В итоге были сформированы подкатегории, что привело к появлению основной темы. Чтобы повысить достоверность исследования, темы и подтемы были рассмотрены и проверены другими исследователями.

2.4 Метод социологического исследования

Для выполнения **третьей** задачи выбрано одномоментное поперечное исследование (анкетирование пациентов по опроснику исследователя): «Изучение мнения удовлетворенности пациентов самостоятельным сестринским приемом на уровне ПМСП».

В опросе приняли участие 538 пациентов, которые были на приеме у медсестры расширенной практики ГП №3 г.Актобе, ГП №5 г.Алматы и ГП №5 г.Астана. Размер выборки пациентов рассчитывался по калькулятору Raosoft (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>). При расчете выборки для 95%-ного доверительного интервала и 5%-ной допустимой погрешности было определено, что минимально необходимый размер выборки составляет 381 респондент. С учетом 20%-го запаса для компенсации возможных отказов или некорректных ответов, фактическое количество опрошенных пациентов составило $n=538$, что дополнительно повышает надежность полученных данных. Отбор участников проводился в соответствии установленными критериями включения и исключения и представлены в Таблице 4.

Таблица 4 – Критерии включения и исключения пациентов

Критерии включения	Критерии включения
прикрепленное населения к поликлиникам старше 18 лет, которые были на приеме у медсестры	возраст младше 18 лет
-	лица, отказавшиеся от участия в исследовании
-	пациенты не прошедшие сестринский прием

Основные характеристики пациентов. Согласно гендерному распределению, большинство респондентов составляли женщины (63,9%), тогда как мужчины представляли (36,1%) от общего числа участников. Это говорит о значительном преобладании женской аудитории в исследуемой группе. Медианный возраст участников составил 62 год, при этом возраст большинства участников находится в возрастном диапазоне от 53 до 68 лет, что говорит о преобладании взрослых и пожилых людей. Наибольшая часть респондентов имеет среднее образование (54,5%), тогда как высшее образование отмечено у (27,5%) участников. Среднее специальное образование имеется у (12,9%) опрошенных, а самая малочисленная группа представлена лицами с незаконченным средним образованием (5,1%). Что касается семейного положения подавляющее большинство участников состоят в браке (74,9%), (18,9%) вдовцы и вдовы, люди в разводе составляют (4,2%), те, кто никогда не состоял в браке, составляют (2,0%). В распределении по социальному статусу наибольшая категория представлена пенсионерами (45,4%), на втором месте рабочие (40,9%), прочие категории составляют наименьший процент. Основные социально-демографические характеристики пациентов, представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Социально-демографические характеристики респондентов (n=538)

Показатель		n	%
1		2	3
Пол	Мужской	194	36,1
	Женский	344	63,9
Возраст, Ме (Q1-Q3)		62,0 (53,0-68,0)	
Уровень образования	Незаконченное среднее	26	5,1
	Среднее	278	54,5
	Среднее специальное	66	12,9
	Высшее	140	27,5
Семейное положение	Женат/замужем	381	74,9
	Вдовец/вдова	96	18,9
	Разведен/разведена	22	4,2
	Не состоял(а) в браке	10	2,0
Социальный статус	Рабочий (-ая)	208	40,9
	Служащий (-ая)	16	3,1
	Учащийся (-ая)	2	0,4
	Военнослужащий (-ая)	1	0,2

Продолжение таблицы 5

1	2	3
-	Предприниматель	12
	Пенсионер	231
	Домохозяйка	22
	Безработный (-ая)	17
		2,4
		45,4
		4,3
		3,3

2.4.1 Работа с инструментом сбора данных

Работа с инструментом сбора данных состояла из 3-х этапов:

1 этап. Разработка анкеты. При разработке анкеты был использован опросник, ранее применённый в исследовании Karin Bergman и соавторами [129], направленный на оценку удовлетворённости пациентов медицинскими услугами, предоставляемыми медсёстрами расширенной практики в Великобритании. Оригинальный инструмент был адаптирован и доработан с учётом контекста системы здравоохранения Республики Казахстан. Итоговая версия анкеты включает 22 вопроса, сгруппированных по четырём доменам: социально-демографические характеристики, информированность пациентов о сестринском приёме, организационные аспекты, а также мнение пациентов о качестве проведения самостоятельного сестринского приема. Анкета содержит как закрытые, так и открытые вопросы.

При формулировке вопросов был сделан акцент на их ясность и доступность для восприятия, с намеренным исключением специализированной медицинской терминологии и аббревиатур, что обеспечило понятность анкетирования для широкого круга респондентов.

2 этап. Процесс перевода опросника. Оригинальная версия анкеты была переведена на казахский язык профессиональным переводчиком. Для обеспечения эквивалентности перевода был проведён обратный перевод на русский язык. Казахская версия анкеты прошла рецензирование внутренним и внешним экспертами, после чего была рассмотрена и одобрена на заседании терминологической экспертной группы НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова» (протокол № 32 от 5 мая 2023 года). Разработка анкеты зарегистрирована в государственном реестре прав на объекты, охраняемые авторским правом (свидетельство № 31620 от 6 января 2023 года) под названием «Изучение мнения удовлетворённости пациентов самостоятельным сестринским приёмом на уровне ПМСП».

3 этап. Проведение пилотного исследования для определения уровня понимания и корректировки. На данном этапе было проведено пилотное анкетирование пациентов, посетивших самостоятельный сестринский приём в городской поликлинике №3 г. Актобе. К каждой анкете прилагалось информированное согласие респондента, содержащее информацию о цели, задачах, используемых материалах, методах и процедурах анкетирования, предполагаемых преимуществах участия, гарантии анонимности и добровольного характера участия, а также контактные данные исследователей для получения консультаций и ознакомления с результатами исследования. В

пилотном анкетировании приняли участие 50 пациентов. Опрос проводился анонимно, в бумажной форме, посредством ручного заполнения анкет. Задачей данного этапа являлась оценка понимания вопросов анкеты, выявление недостатков перевода, корректировка и формулирования вопросов. Определение надежности анкеты основывалась на оценке внутренней согласованности, которая была рассчитана и установлена с помощью коэффициента альфы Кронбаха, для каждой области изучения, кроме демографических показателей, по формуле (1):

$$\alpha = N * r / (1 + r * (N - 1)) \quad (1)$$

где N – количество пунктов опроса,
r – средний коэффициент корреляции между компонентами (общая позиционная корреляция).

Общепринятая интерпретация результатов альфы Кронбаха следующая:
от 0 до 0,5 – недостаточная;

0,5-0,6 – плохая;

0,6-0,7 – сомнительная;

0,7-0,8 – достаточная;

0,8-0,9 – хорошая;

0,9-1,0 – очень хорошая.

Значение критерия надежности альфы Кронбаха для вопросов анкеты нашего исследования составило 0,7, что соответствует достаточному уровню внутреннего постоянства [130] и опросный инструмент можно считать валидированным. Результаты расчета значения коэффициента альфы Кронбаха представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты расчета значения коэффициента а-Кронбаха

Вопросы (Переменные)	Итог для шкалы: Среднее=30,2000 Стд.от.=6,78233 N набл.:50 (для проверки Альфа) Альфа Кронбаха: ,777370 Стандартизов. альфа: ,838271 Средняя межпозиц. корр.: -,251336				
	Среднее при удал	Дисперс. при удал	Ст.откл. при удал	Общ- Поз. коррел.	Альфа при удал
1	2	3	4	5	6
Знание о самостоятельном сестринском приеме (1.да; 2.нет)	28,84000	41,01440	6,404249	0,623805	0,758054
От кого узнали о сестринском приеме (1.от врача; 2.от медсестры; 3.от родственников, друзей; 4.call-center; 5.от специалистов регистратуры)	27,60000	35,32000	5,943063	0,441454	0,764852
Частота посещения (1.регулярно; 2.редко; 3.крайне редко)	28,48000	42,32960	6,506120	0,224461	0,776174

Продолжение таблицы 6

1	2	3	4	5	6
Цель обращения (1.профилактический осмотр;2.скрининг;3.получение льготных лекарств (выписка рецептов);4.динамическое наблюдение (Д-учет); 5.получение справки; 6.другие)	27,48000	41,24960	6,422585	0,121346	0,799613
Как записались к медсестре (1.живая очередь; 2.по телефонному звонку от медсестры; 3.через приложение Damumed/Egov)	28,24000	40,46240	6,361006	0,408402	0,763524
Время ожидания (1.не более 5-10 минут;2.от 10-30 минут;3.более 1 часа)	29,02000	41,57960	6,448225	0,484580	0,763273
Самочувствие после сестринского приема (1.улучшилось;2.не изменилось;3.ухудшилось)	28,82000	42,34760	6,507504	0,359572	0,769064
Необходим ли сестринский прием в поликлинике (1.необходим;2.нет необходимости)	29,18000	44,34760	6,659400	0,382274	0,776515
Контролирует ли медсестра динамику лечения (1.да;2.нет)	29,08000	42,15360	6,492580	0,668487	0,763351
Если Да, то как (1.повторно приглашает на прием;2.активно посещает на дому;3.выясняет о состоянии здоровья по телефону)	28,66000	38,54440	6,208414	0,529860	0,752928
Удовлетворенность работой медсестры (1.да;2.не совсем;3.нет)	28,92000	39,83360	6,311387	0,543935	0,755521
Если нет, отметьте причину (1.излишняя поспешность в работе;2.недостаточное внимание к пациентам;3.нетактичное обращение с пациентами;4.не может расположить к себе пациента;5.не достаточно знаний)	26,76000	35,42240	5,951672	0,573579	0,745364
Понятность рекомендации медсестры (1.да;2.не совсем;3.нет;4.не давал рекомендаций)	28,74000	40,51240	6,364935	0,269996	0,775805
Проведение осмотра и оценка (1.да;2.нет)	28,96000	42,35840	6,508333	0,456757	0,766783
Если Да, достаточно ли задаете вопросы (1.достаточно;2.не совсем достаточно;3.недостаточно;4.не задает вопросов)	28,36000	34,79040	5,898339	0,559743	0,747078
Оцените работу медсестры (1-минимальная удовлетворенность; 5-максимальная)	25,86000	41,08040	6,409400	0,319198	0,769877

Подводя итоги проведения всех этапов лингвистической адаптации опросника особенных отличий в переводных версиях анкеты не было замечено. Небольшие корректировки были внесены в формулировки вопросов и их ответов для лёгкого понимания вопросов. Были добавлены вопросы о том

знают ли пациенты о «самостоятельном сестринском приеме» и из каких источников они узнали о существовании сестринского приема, а также о необходимости самостоятельного сестринского приема в поликлиниках. Некоторые вопросы были исключены из-за неактуальности и несоответствия теме исследования, такие как «Смогли ли вы выбрать медицинскую сестру по собственному выбору», «Возникали ли у Вас проблемы в процессе самозаписи к медсестре». По результатам разработки инструмента была подготовлена и опубликована статья в научное издание, рекомендуемое Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан Наука и Здравоохранение [131].

2.4.2 Статистическая обработка полученных данных

Категориальные переменные описывались с использованием методов описательной статистики путём представления абсолютных (n) и относительных (%) частот. Для оценки статистически значимых различий между группами по категориальным признакам применялся критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2). В случаях, когда условия применимости критерия χ^2 были нарушены (например, при наличии ячеек с ожидаемыми частотами менее 5), использовался альтернативный критерий — χ^2 с поправкой на правдоподобие (likelihood ratio chi-square test). Статистическая значимость определялась при уровне $p < 0,05$. Все статистические проверки проводились двусторонне. При анализе взаимосвязей между независимыми переменными и дихотомической зависимой переменной (кодированной как 0/1) применялся логистический регрессионный анализ. Величины эффекта оценивались с использованием отношения шансов (odds ratio, OR) и соответствующих 95% доверительных интервалов (CI). Первичный ввод данных осуществлялся в табличном редакторе Microsoft Excel, после чего они были импортированы в программный пакет IBM SPSS Statistics 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) и GraphPad 8.

2.5 Разработка чек-листа оценки деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме, методом Delphi

Интеграция медицинских сестер расширенной практики в систему здравоохранения направлена на улучшение доступности и повышение качества оказываемой медицинской помощи [132]. МРП обладают расширенными полномочиями, включая самостоятельный приём пациентов, диагностику и лечение распространённых заболеваний. Для обеспечения стандартизации, качества и безопасности оказания медицинских услуг необходимы чёткие алгоритмы и инструменты, одним из которых является чек-лист. В условиях растущей сложности медицинских процессов, особенно в рамках новой модели сестринской службы — самостоятельного приёма, который остаётся недостаточно понятным для самих медсестёр, использование чек-листов позволяет минимизировать ошибки, стандартизировать действия и улучшить коммуникацию между членами команды. Чек-листы давно зарекомендовали себя как эффективный инструмент в медицинской практике [133]. В литературе отмечается заметная нехватка эффективных, стандартизированных методов для

разработки, проектирования и тестирования чек-листов в клинической практике. Этот пробел подчеркивает важность тщательной проверки перед их внедрением. Общие рекомендации по созданию чек-листов включают детальный обзор литературы, анализ существующей практики, учет экспертного мнения и консенсуса, сбор данных от специалистов различных областей и последовательную проверку списка с использованием итеративного подхода [134]. В литературе подчёркивается, что использование чек-листов особенно важно в ситуациях, требующих выполнения последовательности стандартных процедур. Однако существующие исследования указывают на необходимость адаптации чек-листов под конкретные задачи и условия работы медсестёр, что подтверждает актуальность нашей работы.

Разработка была основана на многоэтапном и систематическом процессе: обзоре литературы, согласовании содержания инструментария с помощью качественного подхода по методу Delphi [135]. Метод Delphi представляет собой систематизированный процесс взаимодействия группы экспертов в определенной области, направленный на достижение консенсуса по исследуемому вопросу посредством последовательного проведения двух или более раундов анкетирования с последующим анализом и обобщением полученных оценок [136,137]. Метод Дельфи подходит для разработки контента чек-листа, особенно если требуется учитывать мнения экспертов в определенной области [138]. Этот метод позволяет собрать и структурировать коллективное знание, чтобы создать качественный, согласованный и проработанный чек-лист [139,140]. Преимуществом этого подхода является то, что он обеспечивает анонимность, тем самым снижая вероятность того, что некоторые участники изменят свои ответы на основе мнений весьма влиятельных экспертов. Для разработки окончательного содержания чек-листа оценки деятельности медсестры расширенной практики был использован метод Дельфи [141]. В данном исследовании был применен модифицированный метод Delphi, отличающийся от классического подхода, поскольку не используется открытый первый раунд для генерации идей [142].

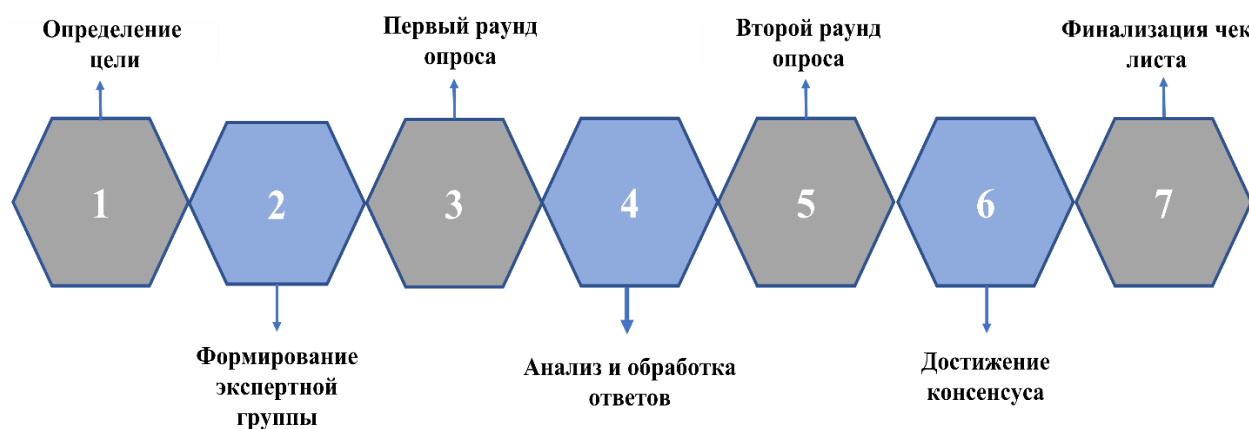


Рисунок 6 - Этапность разработки чек-листа методом Delphi

Модифицированный метод Delphi включает несколько последовательных этапов, представленных на рисунке 6 ниже, она отражает последовательность шагов от постановки проблемы до финализации чек-листа [143]. Мы придерживались Руководства метода Delphi (CREDES) при проведении и представлении отчетов исследований [144].

На первом этапе исследования была определена цель — это создание структурированного и всеобъемлющего инструмента для стандартизированной и объективной оценки профессиональной деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме с целью обеспечения качества медицинской помощи.

Формирование экспертной группы. В исследовании Delphi, приняли участие 11 экспертов в области сестринского дела: Главный эксперт управления развития сестринского дела Департамента науки и человеческих ресурсов МЗ РК, заведующий кафедры "Прикладной бакалавр сестринского дела" Республиканского высшего медицинского колледжа г.Алматы, главная медсестра городской поликлиники №5 г.Астаны, главная медсестра, менеджер, заведующая организационно-методическим отделом, 3 старших медсестры отделения ВОП, 3 медсестры расширенной практики городской поликлиники №3 г.Актобе. Все члены группы имеют обширный опыт в области сестринской практики и интересовались качеством и безопасностью оказания медицинских услуг.

Критерии включения экспертов: стаж работы не менее 10 лет в области сестринской практики или преподавания.

Размер выборки. Размер выборки экспертов в методе Delphi не рассчитывается строго по статистическим формулам, как в количественных исследованиях, потому что метод ориентирован на сбор мнений экспертов, а не на репрезентативность популяции. В литературном обзоре по Delphi предполагается, что для достижения диапазона мнений требуется не менее 10–18 экспертов на группу, но можно и больше [145]. Поэтому мы не основывали размер выборки на достижении статистической мощности; вместо этого мы стремились набрать группу экспертов, которая имела опыт в этой области [146]. Всем экспертам были отправлены информированное согласие, в котором кратко излагались цель исследования, описание метода исследования, а также был отправлен предварительный чек-лист для рассмотрения и независимой оценки каждого пункта.

Разрабатываемый инструмент. Исходный перечень показателей для чек-листа был сформирован на основе нормативного документа Приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» [90, с. 58]. Чек-лист структурирован по основным направлениям профессиональной деятельности медицинской сестры расширенной практики и включает следующие блоки: организация и проведение самостоятельного приёма пациентов, мониторинг состояния здоровья и обучение пациентов, профилактическая и

просветительская работа, клинические навыки, ведение медицинской документации, а также оценка удовлетворённости пациентов.

Первый раунд опроса. В первом раунде опроса экспертам был предложен предварительный чек-лист для оценки по 5-балльной шкале Лайкерта (от «полностью не согласен» до «полностью согласен»), составленный на основе анализа литературы и нормативных документов. Каждый эксперт проводил независимую оценку значимости критериев, вносил дополнения, изменения и уточнения для улучшения каждого утверждения в специально отведенном разделе [147].

Статистическая обработка экспертных мнений. После каждого раунда опроса для каждого элемента чек-листа рассчитывались показатели описательной статистики, включая абсолютные и относительные частоты. Для оценки уровня согласия экспертов с каждым утверждением дополнительно определялись значения моды, медианы, межквартильного размаха, а также коэффициент вариации [148]. Критерии, не достигшие консенсуса (например, с высоким уровнем расхождения мнений), пересматривались или исключались. Все ответы анализировались анонимно и считались равными по весу. Анализ качественных данных проводился каждой исследовательской группой отдельно, после чего обсуждалось общее резюме результатов для достижения единого мнения по ключевым вопросам, поднятым участниками на каждом этапе опроса. Если по определенному пункту 80% или более участников выразили согласие в одной категории (например, значимые, соответствующие или запрещенные), он считался согласованным и при необходимости корректировался только в части формулировки или грамматических нюансов. Пункты с уровнем согласия ниже 80% либо пересматривались с учетом обратной связи участников, либо без изменений повторно предлагались в следующем раунде. Если после третьего раунда консенсус так и не был достигнут, такой пункт исключался из дальнейшего рассмотрения.

Итерационные раунды. После каждого опроса основная группа авторов встречалась для обсуждения отзывов участников. Если отзывы в рамках тем были достаточно ясными, чтобы обеспечить полную интерпретацию, структура была изменена для учета мнений участников до следующего опроса. Если отзывы были недостаточно ясными для того, чтобы мы могли предпринять какие-либо действия, вопросы, касающиеся этих тем, были включены в последующий опрос для дальнейшего изучения мнений экспертов и получения более подробной обратной связи, которую можно было бы рассмотреть и использовать для дальнейшей разработки структуры. Раунды продолжаются до достижения согласия.

Достижения консенсуса. Определения консенсуса в исследованиях Delphi сильно различаются и часто плохо представлены. Не существует общепринятого порогового значения для (не)консенсуса. Методологический систематический обзор исследований Delphi показал, что пороговое значение для консенсуса (или неконсенсуса) чаще всего основывалось на проценте согласия (обычно 75 или 80%), медианном балле или комбинации того и

другого [149,150]. В соответствии с руководством CREDES наше определение консенсуса было априори определено как 80% согласия. В частности, мы завершили наше исследование Delphi, как только > 80% экспертной группы согласились с тем, что представленный чек-лист следует считать окончательным [151].

Финализация чек-листа. Заключительный этап исследования, проведенного по методу Дельфи. В этот период осуществляется окончательная доработка и утверждение перечня критерии, сформированных в ходе итерационных раундов [152].

2.6 Этическое одобрение

В соответствии с целями и задачами диссертационной работы разработан дизайн исследования, определяющий выбор материалов и методов исследования. Исследование одобрено Биоэтической комиссией НАО Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова (протокол № 3 от 14.03.2023 г.), утвержден протокол исследования и этические документы: форма информированного согласия (приложение 1).

В ходе проведения исследования были соблюдены все применимые местные и международные этические нормы. Для получения разрешения на реализацию исследования в поликлинических учреждениях было направлено официальное письмо, согласованное с ректором Западно-Казахстанского медицинского университета, руководителям ГП№3 г.Актобе, ГП№5 г.Алматы и ГП№5 г.Астане. Все участники были предварительно информированы о целях, задачах и порядке проведения исследования, а также о своих правах, включая добровольное участие, возможность отказа от ответов на любые вопросы и прекращения участия на любом этапе без негативных последствий. Гарантировались анонимность и конфиденциальность предоставленных данных. После разъяснения всех аспектов исследования было получено письменное информированное согласие участников в полном соответствии с принципами Хельсинкской декларации.

Диссертационная работа выполнялась в рамках внутривузовского научно-технического проекта «Изучение результативности самостоятельного сестринского приема на уровне первичной медико-санитарной помощи» (Номер гос.регистрации № AP14870871, руководитель – Ермуханова Л.С., НАО «ЗКМУ им. М.Оспанова»).

3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Результаты анализа опыта подготовки и профессиональной деятельности медсестер расширенной практики за рубежом и в Республике Казахстан

Анализ международного и казахстанского опыта подготовки и профессиональной деятельности медсестер расширенной практики выявил значительные различия (Таблица 7).

Таблица 7 – Результаты анализа расширенной сестринской практики

Уровень академической подготовки	
1	2
Международный опыт	Казахстан
Во многих развитых странах (США, Канада, Австралия, Новая Зеландия) минимальным требованием к медицинским сестрам расширенной практики является степень магистра.	Должности медицинских сестер расширенной практики занимают с уровнем прикладного и академического бакалавриата.
Правовой статус и профессиональные полномочия	
В ряде стран (США, Нидерланды, Австралия, Ирландия) расширенная сестринская практика имеет юридически защищённый титул, отдельную лицензию, а также право назначать лечение и препараты.	Не имеет отдельной лицензии. Недостаточная нормативно-правовая регламентация функционала медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме. Назначение лекарственных препаратов запрещено.
Организация расширенной сестринской практики	
Медицинские сестры расширенной практики работают в отдельных кабинетах, имеют высокую автономию.	В ряде организаций начата практика самостоятельного сестринского приёма, однако: – часто отсутствуют отдельные кабинеты; – не проработана информационная инфраструктура; – слабый алгоритм взаимодействия с другими специалистами.
Образовательные программы и подготовка преподавателей	
Образование медицинских сестер расширенной практики включает углублённую фармакологию, диагностику, клиническую практику. Преподаватели — опытные практикующие специалисты с сестринским образованием. Механизмы наставничества хорошо развиты.	Программы адаптируются, но: – часто преподают врачи, а не медсестры; – механизмы наставничества развиты слабо.
Сестринская документация	
Широкое применение международных стандартизированных систем терминологии (	Осуществлена адаптация и внедрение Международной классификации

Продолжение таблицы 7

1	2
ICNP, NANDA, CCC) и клинических сестринских руководств в практике.	клинической помощи (CCC) и клинических руководств, однако на практике их применение остаётся ограниченным в связи с недостаточной подготовкой кадров, отсутствием интеграции в информационные системы и слабой нормативной поддержкой.
Профессиональное признание и престиж	
Медицинские сестра расширенной практики признаны ключевыми фигурами в ПМСП. Обладают высоким общественным доверием, вовлечены в научные и управленческие процессы.	Низкий престиж профессии, слабая информированность населения. Пациенты нередко не понимают роль медицинских сестер расширенной практики и предпочитают врача.

Анализ международного и казахстанского опыта внедрения расширенной сестринской практики выявил, что в Казахстане данная модель находится на начальном этапе развития и существенно отстает от международных стандартов по ключевым аспектам — уровню академической подготовки, правовому регулированию, профессиональной автономии и инфраструктурной обеспеченности, что требует системных реформ для её эффективной интеграции в систему первичной медико-санитарной помощи.

3.2 Результаты анализа полуструктурированного интервью с медсестрами расширенной практики, ведущими самостоятельный прием

Проведенный нами анализ полуструктурированного интервью позволил выделить 3 основные темы и 8 категорий: (1) «Осведомленность населения о роли медицинской сестры самостоятельного приема», (2) «Адаптация рабочей среды», (3) «Уверенность медсестер в предоставлении независимых консультации» (Таблица 8). По результатам данной задачи опубликована статья в международном рецензируемом журнале Healthcare [153].

Таблица 8 – Темы и категории

Темы	Категории
1	2
1. Осведомленность населения о роли медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме	1. Низкая посещаемость пациентами самостоятельных сестринских консультаций 2. Недостаточные знания или непонимание пациентами роли медицинской сестры расширенной практики 3. Недостаточное доверие пациентов к медицинским сестрам расширенной практики
2. Адаптация рабочей среды	1. Большое количество медицинских информационных программ и отсутствие интеграции между ними

Продолжение таблицы 8

1	2
	2.Отсутствие отдельных кабинетов для независимых консультаций
3.Уверенность медсестер в предоставлении независимых консультации	1.Недостаточная компетентность в области фармакологии 2.Недостаточная компетентность медсестры в постановке сестринского диагноза 3.Отсутствие конкретных критерии оценки качества работы медсестры на самостоятельном приеме

1 Осведомленность населения о роли медицинской сестры на самостоятельном приеме

1.1 Низкая посещаемость пациентами самостоятельных сестринских консультаций

Низкую посещаемость пациентов самостоятельного сестринского приема медсестры связывают с тем, что новую модель сестринского дела внедрили относительно недавно, а также с ограниченным информированием о самостоятельном сестринском приеме на уровне первичной медико-санитарной помощи.

По причине того, что ранее медицинские сестры в Казахстане не рассматривались в качестве партнеров врачей, не принимали независимых решений, а в большей степени воспринимались как их помощники, у пациентов до сих пор сохраняется некоторая неопределенность, из-за чего они предпочитают обращаться на прием к врачам.

«...Поскольку у нас недавно открылся самостоятельный сестринский прием, пациенты до сих пор не полностью осведомлены о сестринском приеме. Поэтому мы сами рассказываем, объясняем и приглашаем, после этого приходят на прием». (мс-2)

«...Трудно привести пациентов на прием, количество пациентов, которые мы принимаем в день, очень мало». (мс-5)

1.2.Недостаточные знания или непонимание пациентами роли медицинской сестры расширенной практики

По мнению медицинских сестер, пациенты традиционно воспринимают их как помощника врача, а не как независимого специалиста с расширенными полномочиями. Это может быть связано с исторической ролью медсестры, ограниченной преимущественно уходом за пациентами и выполнением врачебных назначений. Многим пациентам неизвестно, что медицинская сестра расширенной практики имеет специальное образование, проходящее обучение в области диагностики, лечения, назначения препаратов, ведения медицинской документации и даже проведения процедур, которые раньше были исключительной прерогативой врачей.

Новые роли и специализации в медицине, включая МРП, могут вызывать у пациентов недоумение или даже скепсис, так как в сознании общества сложился стереотип о том, что диагноз и лечение могут назначать только врачи.

Респонденты отмечают, что в некоторых медицинских учреждениях роль медицинских сестер расширенной практики не всегда четко разделена с другими членами медицинской команды, что затрудняет пациентам понимание того, кто из специалистов является ответственным за их лечение. Это также влияет на качество общения и восприятие пациентами того, что именно медсестра расширенной практики может сделать для их здоровья.

«...Население еще не понимают, что такое самостоятельный прием, если полностью опубликовать эту информацию в Инстаграм, потому что многие еще не понимают. Мы потихоньку объясняем пациентам. Они привыкли к тому, что врач врач должен смотреть. Но потихоньку привыкают все ко мне. Нужно время». (мс-7)

1.3. Недостаточное доверие пациентов к медицинским сестрам расширенной практики

Медицинские сестры отмечают, что отношение пациентов к самостоятельному сестринскому приему может быть как положительным так и отрицательным. Некоторые пациенты могут приветствовать такую возможность и доверять опыту и компетенциям медсестер, позволяя им оказывать медицинскую помощь. Доверие пациентов к медицинским сестрам расширенной практики может также зависеть от личных качеств самих специалистов, таких как эмпатия, коммуникабельность и готовность слушать пациента. Если пациент ощущает заботу и внимание, это может повысить уровень доверия, независимо от профессиональных полномочий медицинской сестры.

«...Пациенты довольные, иногда говорят «хорошо придумали, когда стоим в очереди к врачу все время ругаемся между собой, а к вам приходим получаем лекарство без проблем», потом у врача очень мало времени, всего 15 минут, а у нас 30 минут сидим, разговариваем, получаем информацию о диетах, мы тесно контактируем друг с другом». (мс-8)

Другие же пациенты могут испытывать некоторое недоверие или беспокойство из-за отсутствия прямого врачебного контроля.

«...В общем, наши пациенты не воспринимают нас всерьез, относятся к нам как к обычной участковой медсестре, я думаю, что со временем они привыкнут, они думают, что только врач должен обследовать, только врачи могут консультировать». (мс-1)

«...К молодым медсестрам часто относятся скептически и не доверяют. Ну, мы давно работаем, к нам относятся по-другому». (мс-3)

2. Адаптация рабочей среды

2.1. Большое количество медицинских информационных программ и отсутствие интеграции между ними

В ходе своей практической деятельности медсестры столкнулись с такими препятствиями, как большое количество медицинских информационных

программ и отсутствие интеграции между ними, что в свою очередь затрудняют их работу. Отсутствие интеграции между этими программами приводит к необходимости вручную переносить данные из одной системы в другую, что увеличивает время на выполнение задач, повышает вероятность ошибок и снижает общую эффективность работы. Кроме того, медсестры отмечают, что часто сталкиваются с проблемами, связанными с работой одновременно с несколькими программами, что требует дополнительных усилий и времени.

«...Трудности: работа с программами, т. е. ведешь одну анкету для одной программы, например, есть пациенты, которые живут с 2-3 диагнозами, т. е. говорим, что сначала заполняешь эту, потом вторую анкету, ее нужно загрузить. Далее необходимо открыть программу «Программа управления заболеваниями» (ПУЗ). Заполнение всего этого занимает много времени. И чтобы дать рецепт, это отдельная программа. Для этого еще надо распечатать, поставить печать, а это занимает много времени». (мс-5)

2.2. Отсутствие отдельных кабинетов для независимых консультаций

Медсестрами было отмечено, что отсутствие отдельных кабинетов для независимых консультаций также затрудняет соблюдение конфиденциальности во время общения с пациентами. В условиях общего пространства пациенты могут чувствовать себя некомфортно, что может повлиять на откровенность и полноту передачи информации о своем состоянии. Это, в свою очередь, снижает эффективность диагностики и затрудняет выявление всех нюансов состояния здоровья пациента, что является важным для формирования точного и обоснованного сестринского диагноза.

«...Конечно, для всех медсестер отдельный кабинет не найдется, но вообще хотелось бы, чтобы у каждой медсестры был свой отдельный кабинет. Например, мы сидим в одном кабинете нас 4 медсестры и к каждой приходит пациент, есть пациенты, которые хотят полностью открыться, они иногда приходят не только по болезни, но рассказывают свои домашние проблемы, им хочется открыться, рассказать, но так как рядом люди они уже не всегда открываются». (мс-7)

3. Уверенность медсестер в предоставлении независимых консультаций

3.1. Недостаточная компетентность в области фармакологии

Понимание и компетенция медицинских сестер в отношении лекарственных препаратов являются ключевыми аспектами в их самостоятельной сестринской практике. Это включает в себя знание о различных лекарственных средствах, их дозировках, побочных эффектах, взаимодействиях с другими препаратами и пациентскими особенностями, такими как аллергии или состояния здоровья.

Недостаточная компетенция в области лекарственных препаратов может представлять серьезный риск для пациентов, включая возможные осложнения, неправильные назначения или недостаточные рекомендации. Поэтому медсестры считают, что обучение и обновление знаний в области лекарственной терапии должны быть приоритетом для них, чтобы обеспечить безопасность, эффективность медицинской помощи, а также, чтобы медсестрам дали право на

назначение их. Многие медсестры утверждают, что им недостаточно знаний в области фармакологии и это подтверждается следующими цитатами:

«...Знаний конечно не достаточно в основном по лекарственным препаратам, иногда затрудняюсь». (мс-10)

«...Нет, недостаточно. Например, я плохо знаю фармакологические препараты, как они действуют. Мы не назначаем лекарства, но некоторые пациенты спрашивают нас, могу ли я принять это лекарство. Тогда мне трудно ответить. Соответственно я обращаюсь к врачу». (мс-11)

3.2 Недостаточная компетентность медсестры в постановке сестринского диагноза

Недостаточная компетентность в постановке сестринского диагноза медсестры связывают с несколькими важными аспектами, которые касаются как профессиональных знаний, так и практических навыков. Сестринский диагноз — это не просто описание симптомов, а анализ состояния пациента с точки зрения сестринской практики, учитывающий физические, эмоциональные и социальные факторы, которые могут повлиять на здоровье человека.

Постановка сестринского диагноза требует глубоких знаний в области патофизиологии, психологии, а также умения учитывать социальные и культурные особенности пациента. Недостаток образовательной подготовки в этих областях может привести к неправильной интерпретации симптомов и ошибочным заключениям.

«...Я не слышал о международной классификации сестринских диагнозов, я не знаю и не использую». (мс-13)

С точки зрения медсестер профессионализм развивается через опыт, недостаток практического опыта в постановке диагнозов, неправильное использование инструментов и методов оценки состояния пациента могут снижать точность диагноза.

«...Теперь я не могу сказать, что у меня хватит компетентности, если я этого не сделаю, я попрошу медсестер рядом со мной. Не хватает знаний, нужно много знаний. Я думаю, что недостаточно». (мс-9)

Медсестра должна уметь собирать и анализировать данные о пациенте, учитывать не только его физическое состояние, но и психологические, социальные аспекты. Если медсестра не обучена систематическому анализу или не имеет необходимого инструмента для сбора информации, это может привести к недостаточной компетентности в постановке диагноза. Недостаток уверенности и тревога перед принятием решений может повлиять на способность медсестры точно и своевременно поставить диагноз. В таких случаях сестринский диагноз может быть неполным или неверно интерпретированным.

«...Мне, конечно, трудно вести прием в качестве медсестры. Сидя рядом с врачом, мы можем обратиться к нему по любому вопросу. Однако, хотя мой опыт также очень велик, я чувствую себя спокойно с врачом. Мы дополняем

друг друга, потому что мы на одном участке и вместе ведем одних и тех же пациентов, поэтому я думаю, что это разделение, в диспансерной группе - это плохо. Если мы занимаемся одним делом, на одном участке мы должны работать в команде». (мс-12)

Компетентность медицинских сестер означает их способность оказывать качественную медицинскую помощь, основанную на знаниях, опыте и профессиональных навыках, но в связи с тем, что эта модель медицинской сестры расширенной практики была внедрена недавно, многие медсестры осознают недостаточность знаний и навыков принимая пациентов самостоятельно.

«...Нам еще нужно много учиться, например, чтобы послушать легкие, как врач, нам еще недостаточно знаний. Но теперь мы учимся потихоньку делать осмотры подмышечных желез, лимфатических узлов, я хочу узнать больше о лекарствах». (мс-8)

3.3 Отсутствие конкретных критерии оценки качества работы медсестры на самостоятельном приеме

Критерии оценки деятельности помогает оценить достижение целей сестринских услуг, а также выявить области для улучшения и развития сестринской практики. Отсутствие четких критерий оценки качества сестринского приема вызывает недопонимание со стороны медсестер о конечных результатах своей деятельности и снижать ее мотивацию к улучшению профессиональных навыков.

«...Качество нашей работы оценивается по записи на прием (запись), по заполнению анкет, по направлению к профильным специалистам. Проверяют, качественно ли заполнены анкеты (связанные с сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями и др.). Если мы своевременно сдаем отчет о нашей работе, у нас нет претензий со стороны пациента, у нас хорошие отношения с пациентом, конечно, наша работа оценивается положительно. Например, если мы должны за 1 день принять более 10 пациентов, проверяется качество этих приемов». (мс-8)

Большинства медсестер до сих пор недопонимают как оценивается качество их работы и следующие высказывания подтверждают это.

«...Не знаю. ну по крайней мере мы качество оцениваем по жалобам пациентов, но как таковых жалоб не было». (мс-4)

Результаты нашего исследования показали, что расширенная сестринская практика в системе первичной медико-санитарной помощи Казахстана в основном находится на зачаточном уровне. Это первое исследование в стране, посвященное изучению практики медсестер самостоятельного приема, выявило ряд значительных проблем. Среди них — недостаточная осведомленность как населения, так и самих медсестер о роли медсестер, ограниченное доверие со стороны пациентов и врачей, нехватка знаний и навыков медсестер в постановке сестринских диагнозов и назначении лекарственных препаратов, неадаптированная рабочая среда для проведения независимых сестринских

консультаций, а также отсутствие четких критериев оценки качества их работы. Эти факторы препятствуют развитию роли медсестер расширенной практики, затрудняют объективную оценку их деятельности и, как следствие, снижают эффективность и качество предоставляемых медицинских услуг.

3.3 Результаты анализа удовлетворённости пациентов услугами медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме

Проведенный анализ удовлетворенности пациентов услугами медицинских сестер расширенной практики позволил сформировать социально-демографический портрет посещающих самостоятельный прием пациентов, среди которых преобладают женщины (63,9%) с медианным возрастом 62 года, преимущественно со средним образованием (54,5%), состоящие в браке (74,9%) и относящиеся к категории пенсионеров (45,4%), что отражено на Рисунке 7.



Рисунок 7 - Социально-демографический портрет пациента, посещающий самостоятельный сестринский прием

Осведомленность пациентов о самостоятельном сестринском приеме. Одним из ключевых факторов, влияющих на успешность внедрения и функционирования модели расширенной сестринской практики в системе первичной медико-санитарной помощи, является уровень осведомленности населения о возможности получения медицинских услуг в рамках самостоятельного приема, осуществляемого медицинской сестрой расширенной практики. Пациенты были разделены на две категории в зависимости от частоты обращений на прием к медсестре. К первой категории относились пациенты, регулярно посещающие самостоятельный сестринский приём (не реже одного раза в месяц); ко второй — пациенты, обращающиеся к медицинской сестре редко или эпизодически.

Таблица 9 отображает, что среди пациентов, регулярно посещающие приём 97,1% осведомлены о самостоятельном сестринском приеме, тогда как среди редко посещающих прием этот показатель составляет 86,9% ($p < 0,006$), что указывает на статистически значимо более высокий уровень осведомленности об этой услуге среди пациентов, регулярно посещающих данный прием. При этом 2,9% пациентов из первой категории не знают о данной модели оказания услуг, тогда как во второй категории этот показатель выше (13,1%). Основным источником информации, из которых пациенты узнают о «Самостоятельном сестринском приеме» являются врачи (51,5%) у регулярно посещающих против 33% у редко посещающих ($p=0,006$). В то же время информация от самой медсестры составляет 50,8% против 52,5% соответственно, однако эти показатели не продемонстрировали статистически значимых различий. Роль таких источников, как родственники, друзья, Call-центр и сотрудники регистратуры, в информировании о приеме минимальна для обеих групп пациентов.

Таблица 9 – Анализ показателей осведомленности в зависимости от частоты посещения самостоятельного сестринского приема

Показатель		Как часто вы посещаете медсестру самостоятельного приема?				р
		Регулярно		Редко		
		п	%	п	%	
Знаете ли Вы о «Самостоятельном сестринском приеме»?	Нет	14	2,9	8	13,1	<0,001
	Да	461	97,1	53	86,9	
От кого вы узнали о «Самостоятельном сестринском приеме»?	От врача	245	51,5	20	32,8	<0,006
	От медсестры	242	50,8	32	52,5	0,812
	От родственников, друзей	13	2,7	7	11,5	<0,001
	Call-center	40	8,4	6	9,8	0,707
	От специалистов регистратуры	74	15,5	9	14,8	0,872

Организационные аспекты самостоятельного сестринского приема. Вопросы, представленные в Таблице 10, носят организационный характер и показывают соответствующие аспекты организации процесса оказания сестринской помощи. Основная цель обращения большинства участников в обеих группах - это получения льготных лекарств (выписка рецептов). Однако данный показатель выше среди пациентов, регулярно посещающих прием (88,7%), по сравнению с пациентами, которые редко приходят на прием (52,5%), динамическое наблюдение (74,6% против 37,7%), ($p = 0,001$), профилактический осмотр также отмечают среди целей обращения (60,3% против 29,5%), ($p = 0,001$). Статистически значимые различия наблюдаются в отношении обращения для прохождения скрининга (54,8% против 23,0%) ($p =$

0,001). Согласно результатам исследования, большинство пациентов регулярно посещающих прием приходят по живой очереди (77,7%), тогда как среди редко посещающих этот показатель ниже (60,7%) ($p < 0,001$). Интересно, что запись по звонку от медсестры чаще встречалась среди редко посещающих (23,0% против 5,9%), а использование электронных платформ (Damumed/E-gov) было одинаковым в обеих группах (16,4%).

Временные ожидания играют важную роль в восприятии качества медицинской помощи. Большинство пациентов ожидали начала приёма в течение 5–10 минут. Такой вариант отметили 55,7% среди регулярно посещающих и 60,7% среди редко посещающих пациентов.

Подавляющее большинство пациентов, регулярно посещающих прием медсестры (99,2%) подтвердили о необходимости сестринского приема в поликлинике, в то время как среди редко посещающих таких оказалось немного меньше (95,1%). При этом лишь 0,8% пациентов из первой группы указали, что прием не является необходимым, тогда как среди второй группы этот показатель составил 4,9%, что превышает долю отрицательных ответов в первой группе ($p = 0,029$) (Таблица 10).

Таблица 10 – Анализ показателей в зависимости от частоты посещения самостоятельного сестринского приема

Показатель		Как часто вы посещаете медсестру самостоятельного приема?				p
		Регулярно		Редко		
		п	%	п	%	
Какова цель вашего обращения в кабинет «Самостоятельного сестринского приема»?*	Профилактический осмотр	287	60,3	18	29,5	<0,001
	Скрининг	261	54,8	14	23,0	<0,001
	Получение льготных лекарств (выписка рецептов)	422	88,7	32	52,5	<0,001
	Динамическое наблюдение (Д-учет)	355	74,6%	23	37,7 %	<0,001
Как вы записались к медсестре самостоятельного приема?	Живая очередь	370	77,7	37	60,7	<0,001
	По телефонному звонку от медсестры	28	5,9	14	23,0	
	Через приложение Damumed / E-gov	78	16,4	10	16,4	
Как долго вы ожидали прием медсестры?	Не более 5-10 минут	265	55,7	37	60,7	<0,031
	От 10-30 минут	209	43,9	22	36,1	
	Более 1 часа	2	0,4	2	3,3	
Как Вы считаете необходим ли сестринский прием в поликлинике?	Необходим	471	99,2	58	95,1	<0,029
	Нет необходимости	4	0,8	3	4,9	

Качество самостоятельного сестринского приема. В рамках исследования особое внимание уделялось тому, насколько полно и качественно медицинская сестра расширенной практики реализует свои профессиональные функции в ходе самостоятельного приёма. Нас интересовало не только общее восприятие пациентами оказанных услуг, но и фактическое выполнение медсестрой ключевых компонентов приёма — от сбора анамнеза и оценки состояния пациента до предоставления рекомендаций, оформления документации и осуществления профилактической работы. Согласно данным таблицы 11, на вопрос «Проводит ли медсестра осмотр и оценку вашего общего состояния?» большинство пациентов обеих групп ответили положительно: 91,2% в группе, где пациенты часто посещают прием, и 80,3% в группе с редкими визитами. Отрицательный ответ дали 4,4% и 8,2% пациентов соответственно ($p = 0,024$). Пациенты, ответившие «да», также отвечали на следующий уточняющий вопрос: «Достаточно ли задает вопросов медсестра для оценки вашего общего состояния?». Среди них 97,3% пациентов регулярно посещающих и 88,5% редко посещающих сочли количество задаваемых вопросов достаточным ($p < 0,001$).

Контроль динамики лечения играет важную роль, поскольку позволяет своевременно выявлять отклонения в состоянии пациента, такие как побочные эффекты или ухудшение здоровья. Это дает возможность принять необходимые меры до возникновения серьезных осложнений. В соответствии с данными опроса, показанный в таблице 12, контроль динамики лечения в целом не показал статистически значимых различий между группами ($p = 0,105$). Однако формы реализации этого контроля различаются: при регулярных визитах медсестры чаще приглашают пациентов на повторный приём — 89,3% против 67,2% ($p < 0,001$), тогда как при редких визитах чаще практикуются посещения на дому 18,0% против 3,2% ($p < 0,001$).

Таблица 11 – Анализ показателей в зависимости от частоты посещения самостоятельного сестринского приёма

Показатели		Как часто вы посещаете медсестру самостоятельного приема?				p
		Регулярно		Редко		
		п	%	п	%	
1	2	3	4	5	6	7
Проводит ли медсестра осмотр и оценку вашего общего состояния?	Да	434	91,2	49	80,3	<0,024
	Нет	21	4,4	5	8,2	
	Нет ответа	21	4,4	7	11,5	
Если ДА, достаточно ли задает вопросы медсестра для	Достаточно	463	97,3	54	88,5	<0,001

Продолжение таблицы 11

1	2	3	4	5	6	7
оценки вашего общего состояния?						
	Не совсем достаточно	10	2,1	3	4,9	
	Недостаточно	2	0,4	2	3,3	
	Не задает вопросов	1	0,2	2	3,3	
Контролирует ли медсестра динамику Вашего лечения?	Да	470	98,7	58	95,1	0,105
	Нет	6	1,3	3	4,9	
Если ДА, то каким образом?	Повторно приглашает на прием	425	89,3	41	67,2	<0,001
	Активно посещает на дому	15	3,2	11	18,0	<0,001
	Выясняет о состоянии здоровья по телефону	61	12,8	12	19,7	0,141

Не менее важной частью работы медсестры на самостоятельном приёме является профилактика. Здоровье пациента во многом зависит от того, насколько профессионально и грамотно медсестра даёт свои рекомендации о профилактике заболевания. Как видно из таблицы 12, 98,3% пациентов, которые регулярно обращаются на прием к медсестре, отметили, что рекомендации по профилактике и возможным осложнениям были понятны, тогда как среди тех, кто посещает прием медсестры редко, этот показатель составил 90,2%. Кроме того, в группе редких визитов в 10 раз выше доля тех, кому рекомендации были непонятны или вовсе не предоставлялись (9,9% против 1,7%), ($p < 0,001$). Анализ данных демонстрирует наличие статистически значимых различий между группами. 87,4% пациентов с регулярными визитами сообщили об улучшении самочувствия, по сравнению с 73,8% среди редко обращающихся. Эти данные подчеркивают важность регулярного посещения медицинских специалистов для достижения положительных результатов в состоянии здоровья. При этом 12,4% пациентов из первой группы отметили отсутствие изменений после сестринского вмешательства, тогда как в группе редких посетителей этот показатель выше (23,0%). Ухудшение состояния отметили единичные пациенты: 0,2% в первой группе и 3,3% во второй ($p < 0,002$).

Таблица 12 – Анализ показателей в зависимости от частоты посещения самостоятельного сестринского приема

Показатели		Как часто вы посещаете медсестру самостоятельного приема?				p
		Регулярно		Редко		
		п	%	п	%	
1	2	3	4	5	6	7
Понятны ли Вам рекомендации медсестры о профилактике и						

Продолжение таблицы 12

1	2	3	4	5	6	7
возможных осложнениях при вашем заболевании?	Да	468	98,3	55	90,2	<0,001
	Не совсем	3	0,6	4	6,6	
	Не давала рекомендаций	5	1,1	2	3,3	
Как изменилось Ваше самочувствие после сестринского приема/вмешательства?	Улучшилось	416	87,4	45	73,8	<0,002
	Не изменилось	59	12,4	14	23,0	
	Ухудшилось	1	0,2	2	3,3	

Удовлетворенность услугами медсестер расширенной практики на самостоятельном приеме. Говоря об удовлетворенности пациентов, важно отметить, что данный показатель является одним из основных индикаторов качества предоставляемой медицинской помощи и напрямую отражает эффективность работы медицинской сестры расширенной практики в условиях самостоятельного приёма. Таблица 13, демонстрируют данные об удовлетворенности работой медсестры самостоятельного приема, причинах недовольства (если таковые есть) и оценке её работы по пятибалльной шкале среди пациентов обеих групп. Пациенты, регулярно посещающие медсестру самостоятельного приёма, значительно чаще выражают удовлетворённость её работой: 99,2% против 91,8% среди тех, кто обращается редко ($p < 0,001$). Кроме того, именно в группе редких визитов чаще фиксируются причины недовольства, такие как недостаточное внимание к пациенту (6,6% против 0,4%) и недостаточные знания (6,6% против 0,8%) ($p < 0,002$). Оценка деятельности медсестры по пятибалльной шкале также демонстрирует существенные различия: оценку "отлично" ставят 75,2% пациентов с регулярными визитами, тогда как среди редко обращающихся этот показатель составляет 60,7% ($p < 0,001$).

Таблица 13 – Анализ показателей в зависимости от частоты посещения самостоятельного сестринского приема

Показатель		Как часто вы посещаете медсестру самостоятельного приема?				p
		Регулярно		Редко		
		п	%	п	%	
1	2	3	4	5	6	7
Удовлетворены ли Вы работой медсестры самостоятельного	Да	472	99,2	56	91,8	<0,001
	Не совсем	4	0,8	5	8,2	

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5	6	7
приема?						
Если Вы не довольны работой медсестры самостоятельного приема, отметьте причину Вашего недовольства?	Излишняя поспешность в работе	9	1,9	2	3,3	<0,00 2
	Недостаточное внимание к пациентам	2	0,4	4	6,6	
	Нетактичное обращение с пациентами	1	0,2	0	0,0	
	Не может расположить к себе пациента	1	0,2	2	3,3	
	Недостаточно знаний в своей работе	4	0,8	4	6,6	
Пожалуйста, оцените работу медсестры самостоятельного приема по пятибалльной шкале	2	1	0,2	0	0,0	<0,00 1
	3	4	0,8	5	8,2	
	4	113	23,7	19	31,1	
	5	358	75,2	37	60,7	

Анализ удовлетворенности пациентов о деятельности медицинской сестры расширенной практики показал, что пациенты, регулярно посещающие самостоятельный сестринский приём, демонстрируют более высокий уровень осведомлённости, а также положительно оценивают качество оказания помощи и чаще выражают удовлетворённость по сравнению с теми, кто обращается нерегулярно.

Результаты анализа влияния основных предикторов на удовлетворённость пациентов услугами медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме. С целью выявления факторов, влияющих на удовлетворённость сестринским приёмом, нами был проведен однофакторный логистический регрессионный анализ (Таблица 14). Результаты которого показали, что знание о существовании самостоятельного сестринского приёма в 22 раза ($OR=22,62$; 95%ДИ 5.59:91,40; $p<0,001$), регулярные посещения приема — в 9 раз ($OR=9,63$; 95%ДИ 2,33:39,72; $p=0,002$), а использование цифровых платформ, таких как Damumed/Egov почти в 5 раз ($OR=4,81$; 95%ДИ 1,18:19,61; $p=0,029$) увеличивали вероятность удовлетворённости самостоятельным сестринским приемом. Кроме того, положительное влияние на удовлетворённость пациентов оказывали улучшение самочувствия ($OR=13,44$; 95%ДИ 3,28:55,01; $p<0,001$), контроль динамики лечения ($OR=43,50$; 95%ДИ 8.76:216,01; $p<0,001$), проведение осмотра ($OR=57,38$; 95%ДИ 8.76:216,01; $p<0,001$), понятные рекомендации ($OR=0,019$; 95%ДИ 0,003:0,130; $p<0,001$) и полнота опроса ($OR=0,12$; 95%ДИ 0,001:0,17; $p=0,001$), проведенного медсестрой расширенной практики. В то время как ожидание самостоятельного сестринского приёма более 10 минут значительно снижало удовлетворённость пациентов ($OR=0,20$; 95%ДИ 0,01:0,285; $p=0,004$). Также выявлено, что чем старше пациент, тем у него удовлетворённость уменьшается ($OR = 0,95$; 95%ДИ 0,91: 0,99; $p=0,045$).

Таблица 14 – Результаты однофакторного логистического регрессионного анализа факторов, ассоциированных с удовлетворённостью самостоятельным сестринским приёмом

Независимые переменные	Удовлетворённость сестринским приёмом	
	ОШ (95% ДИ)	p-value
1	2	3
Возраст	0,95 (0,91: 0,99)	0,045
Семейное положение		
Женат/замужем	референс	-
Вдовец/вдова	0,79 (0,91: 6,86)	0,792
Не состоял(а) в браке	7,52 (0,80: 70,5)	0,077
Знаете ли Вы о «Самостоятельном сестринском приеме»?		
да	22,62 (5,59: 91,40)	<0,001
нет	референс	
Как часто вы посещаете медсестру самостоятельного приема?		
регулярно	9,63 (2,33: 39,72)	0,002
редко	16,9 (1,67:170,66)	0,017
крайне редко	референс	
Как вы записались к медсестре самостоятельного приема?		
живая очередь	референс	
по телефонному звонку от медсестры	2,46(0,27:22,56)	0,425
через приложение Damumed/Egov	4,81(1,18:19,61)	0,029
Как долго вы ожидали прием медсестры?		
не более 5-10 минут	референс	
от 10-30 минут	0,20 (0,01:0,285)	0,004
более 1 часа	0,80 (0,01:0,881)	0,039
Как изменилось Ваше самочувствие после сестринского приема/вмешательства?		
улучшилось	референс	
не изменилось	13,44(3,28:55,01)	<0,001
Контролирует ли медсестра динамику Вашего лечения?		
да	референс	
нет	43,50 (8.76: 216,01)	<0,001
Понятны ли Вам рекомендации медсестры о профилактике и возможных осложнениях при вашем заболевании?		
да	референс	
не совсем	0,019 (0,003:0,130)	<0,001
нет	1,88 (0,20:17,27)	0,579
Проводит ли медсестра осмотр и оценку вашего общего состояния?		
да	референс	
нет	57,38 (10,51:313,17)	<0,001
Если ДА, достаточно ли задает вопросы медсестра для оценки вашего общего состояния?		

Продолжение таблицы 14

1	2	3
достаточно	референс	
не совсем достаточно	0,12 (0,001:0,17)	0,001
недостаточно	0,60(0,39:9,16)	0,713
не задает вопросов	2,00(0,90:44,35)	0,661

Проведённый однофакторный логистический регрессионный анализ выявил ряд значимых факторов, влияющих на удовлетворённость пациентов самостоятельным сестринским приёмом. Уровень информированности, частота посещений, способ записи, длительность ожидания, улучшение самочувствия после приёма и качество предоставленных услуг (контроль лечения, осмотр, ясность рекомендаций и полнота опроса) оказались достоверно ассоциированы с удовлетворённостью.

3.4 Процесс экспертной оценки и валидации чек-листа с применением метода Delphi

На основании результатов проведенного исследования, с целью стандартизации, повышения качества и безопасности медицинских услуг, а также минимизации ошибок, нами предложено разработать и внедрить чек-лист для оценки работы медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Мы использовали два раунда сбора данных с целью достижения по крайней мере 80% консенсуса среди участников по каждому элементу.

Как видно из таблицы 15, в первом раунде опроса Delphi экспертам было предложено 6 пунктов и 17 подпунктов предварительного чек-листа, получено в общей сложности 11 (100%) ответов. Априорные решения принимались относительно минимального стандарта для консенсусного соглашения в начале каждого раунда Дельфи. Для первого раунда утверждения, получившие средний балл больше, или равный 4,0 (что представляет собой «согласен» по 5-балльной шкале оценок), не имевшие ответов «полностью не согласен» и не имевшие предложенных изменений, принимались как достигшие консенсуса.

Консенсус (> 80% согласия) был достигнут по 15 утверждениям из 23 ответов по шкале Лайкерта. Эти пункты практически единогласно одобрены экспертами и без необходимости дальнейших изменений должны быть включены в чек-лист: идентификации пациента (100%), оформление информированного согласия пациента (100%), субъективное обследование (100%), объективный осмотр (91%), составление плана независимых или взаимозависимых сестринских вмешательств (100%), выписка рецептов на лекарственные препараты (100%), направление при необходимости пациента на консультацию к врачу общей практики или профильному специалисту (91%), организация и контроль обучения пациента и членов семьи процедурам общего ухода и управлению заболеванием (100%), индивидуальное консультирование пациентов для укрепления здоровья и профилактики заболеваний (100%),

умение оказать сестринскую и доврачебную медицинскую помощь (100%), внесение результатов запланированного приема в медицинскую информационную систему (100%), наличие и заполнение паспорта участка (82%). Подпункт «Знания и соблюдения нормативных правовых актов» был перемещен из раздела «Личностные компетенции», (далее исключен из списка) в раздел «Ведение медицинской документации». Утверждение «Установление проблем пациента и составление предварительного сестринского диагноза в соответствии с классификатором сестринских диагнозов» (18%) потребовало корректировку формулировки, по мнению экспертов «Установление проблем пациента» относится к этапу сбора полной информации о пациенте. Несколько комментариев, сделанных экспертами в этом раунде, улучшили утверждения без изменения контекста или ключевого сообщения, например, сокращение «Ведение самостоятельного приема пациентов с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями в пределах своей компетенции, в том числе состоящих на динамическом наблюдении. Организация сестринского процесса» до «Ведение самостоятельного приема пациентов. Организация сестринского процесса». Раздел «Обучение пациента и/или семьи» был переименован в «Динамическое наблюдение и обучение пациента и/или семьи» и добавлен подпункт «Своевременное динамическое наблюдение за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями». Первый подпункт «Личностные компетенции» (18%) и три подпункта «Соблюдение принципов профессиональной этики» (27%), «Повышение уровня квалификации» (18%) и «Проводит самостоятельный прием пациентов с распространенными заболеваниями» (9%) по которым не удалось достичь консенсуса (пункт 1, подпункт 1.2, 1.3., 2.1.) исключены из списка, поскольку эксперты пришли к мнению, что они не относятся к самостоятельному сестринскому приему. Кроме того, исследовательская группа разработала один новый пункт, предложенных экспертами первого раунда, «удовлетворённость пациентов услугами медсестры расширенной практики после приема» (пункт 6) в который входит один подпункт «Наличие и анализ проведенного анкетирования пациентов», позволяющий оценить мнение пациентов о качестве предоставленных сестринских услуг.

Таблица 15 – Эволюция утверждений чек-листа в процессе исследования

<i>Предварительный чек-лист</i>	<i>После первого раунда Delphi</i>
1	2
1. Личностные компетенции.	1. Ведение самостоятельного приема пациентов. Организация сестринского процесса.
1.1. Знания и соблюдения НПА	1.1. Проведение идентификации пациента
1.2. Соблюдение принципов профессиональной этики	1.2. Оформление информированного согласия пациента или его законного

Продолжение таблицы 15

1	2
	представителя на получение медицинской помощи
1.3. На регулярной основе повышение уровня квалификации путем посещения семинаров, конференций, курсов и т.п.	1.3. Сестринское обследование в пределах компетенции (субъективное обследование: сбор информации о состоянии здоровья пациента, жалобы)
2. Ведение самостоятельного приема пациентов с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями в пределах своей компетенции, в том числе состоящих на динамическом наблюдении. Организация сестринского процесса.	1.4. Объективный осмотр пациента (измерение пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, роста, веса, окружности талии, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, включая осмотр стоп с определением тактильной и болевой чувствительности)
2.1. Проводит самостоятельный прием пациентов с распространенными заболеваниями	1.5. Установление предварительного сестринского диагноза в соответствии с классификатором сестринских диагнозов
2.2. Проведение идентификации пациента	1.6. Составление плана независимых или взаимозависимых сестринских вмешательств
2.3. Оформление информированного согласия пациента или его законного представителя на получение медицинской помощи	1.7. Выписка рецептов на лекарственные препараты для продолжения лечения согласно записи врача о назначении курса АЛО
2.4. Сестринское обследование в пределах компетенции (субъективное обследование: сбор информации о состоянии здоровья пациента, жалобы)	1.8. Направление при необходимости пациента на консультацию к врачу общей практики или профильному специалисту
2.5. Объективный осмотр пациента (измерение пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, роста, веса, окружности талии, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, включая осмотр стоп с определением тактильной и болевой чувствительности)	2. Динамическое наблюдение и обучение пациента и/или семьи.
2.6. Установление проблем пациента и составление предварительного сестринского диагноза в соответствии с классификатором сестринских диагнозов	2.1. Своевременное динамическое наблюдение за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями
2.7. Составление плана независимых или взаимозависимых сестринских вмешательств	2.2. Организация и контроль обучения пациента и членов семьи процедурам общего ухода и управлению заболеванием
2.8. Выписка рецептов на лекарственные препараты для продолжения лечения согласно записи врача о назначении курса АЛО	3. Организация, осуществление мероприятий для укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Продолжение таблицы 15

1	2
2.9.Направление при необходимости пациента на консультацию к врачу общей практики или профильному специалисту	3.1.Индивидуальное консультирование пациентов для укрепления здоровья и профилактики заболеваний на уровне ПМСП.
3. Обучение пациента и/или семьи.	4. Оказание доврачебной помощи.
3.1.Организация и контроль обучения пациента и членов семьи процедурам общего ухода и управлению заболеванием	4.1.Умение оказать сестринскую и доврачебную медицинскую помощь
4. Организация, осуществление мероприятий для укрепления здоровья и профилактики заболеваний.	5. Ведение медицинской документации (Наличие, полнота, своевременность, качество ведения)
4.1.Индивидуальное консультирование пациентов для укрепления здоровья и профилактики заболеваний на уровне ПМСП.	5.1.Знания и соблюдения НПА
5. Оказание доврачебной помощи.	5.2.Внесение результатов запланированного приема в МИС
5.1.Умение оказать сестринскую и доврачебную медицинскую помощь	5.3.Наличие и заполнение паспорта участка
6. Ведение медицинской документации (Наличие, полнота, своевременность, качество ведения)	6.Удовлетворённость пациентов услугами МРП после приема.
6.1.Внесение результатов запланированного приема в МИС	6.1.Наличие и анализ проведенного анкетирования пациентов
6.2.Наличие и заполнение паспорта участка	

Результаты экспертного оценивания методом Дельфи чек-листа для оценки работы медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме представлены в таблице 16, а также данная таблица содержит анализ данных оценки мнения экспертов по медиане с включением пунктов в чек-лист. Высокий уровень согласия (медиана = 5, мода = 5, 100% согласия) свидетельствуют о том, что эксперты единогласно согласны с включением данных пунктов в чек-лист. Средний уровень согласия (медиана = 4-5, мода = 5, 82-91% согласия) указывает на возможность доработки формулировок или уточнения содержания чек-листа. Низкий уровень согласия (медиана = 2-3, мода = 1-2, менее 50% согласия) требуют дополнительного обсуждения и проработки, так как низкие оценки указывают на разногласия среди экспертов. Коэффициент вариации (CV)- показывает степень разброса мнений экспертов относительно среднего значения.

$CV < 10\%$ – Очень низкая изменчивость (высокая согласованность оценок).

$10\% \leq CV < 25\%$ – Умеренная изменчивость (некоторые расхождения в оценках).

$CV \geq 25\%$ – Высокая изменчивость (эксперты сильно расходятся в мнениях).

Если коэффициент вариации выше 25-30%, критерий требует пересмотра или уточнения формулировки.

Таблица 16 – Оценка и согласованность мнений экспертов по включению различных пунктов в чек-лист

№	Медиана [IQR]	Мода [Min – Max]	«Согласен» и «Полностью согласен»	Коэффициент вариации (CV)
1	2	3	4	5
1. Личностные компетенции.	2[1-2,5]	1[1-4]	18%	59%
1.1. Знания и соблюдения НПА	1[1-2]	1[1-2]	0%	36%
1.2. Соблюдение принципов профессиональной этики	2[1-3,5]	1[1-4]	27%	56%
1.3. На регулярной основе повышение уровня квалификации путем посещения семинаров, конференций, курсов и т.п.	2[1-2,5]	1[1-4]	18%	54%
2. Ведение самостоятельного приема пациентов с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями в пределах своей компетенции, в том числе состоящих на динамическом наблюдении. Организация сестринского процесса.	2[2-2]	2[1-3]	0%	26%
2.1. Проводит самостоятельный прием пациентов с распространенными заболеваниями	1[1-2]	1[1-5]	9%	69%
2.2. Проведение идентификации пациента	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
2.3. Оформление информированного согласия пациента или его законного представителя на получение медицинской помощи	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
2.4. Сестринское обследование в пределах компетенции (субъективное обследование: сбор информации о состоянии	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5
здоровья пациента, жалобы)				
2.5.Объективный осмотр пациента (измерение пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, роста, веса, окружности талии, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, включая осмотр стоп с определением тактильной и болевой чувствительности)	5[4-5]	5[3-5]	91%	15%
2.6.Установление проблем пациента и составление предварительного сестринского диагноза в соответствии с классификатором сестринских диагнозов	2[2-3]	2[2-5]	18%	44%
2.7.Составление плана независимых или взаимозависимых сестринских вмешательств	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
2.8.Выписка рецептов на лекарственные препараты для продолжения лечения согласно записи врача о назначении курса АЛО	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
2.9.Направление при необходимости пациента на консультацию к врачу общей практики или профильному специалисту	5[4-5]	5[2-5]	91%	21%
3. Обучение пациента и/или семьи.	4[2-5]	5[2-5]	64%	37%
3.1.Организация и контроль обучения пациента и членов семьи процедурам общего ухода и управлению заболеванием	5[4-5]	5[4-5]	100%	11%
4. Организация, осуществление мероприятий для укрепления здоровья и профилактики заболеваний.	5[4-5]	5[4-5]	100%	11%
4.1.Индивидуальное консультирование	5[4-5]	5[4-5]	100%	11%

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5
пациентов для укрепления здоровья и профилактики заболеваний на уровне ПМСП.				
5. Оказание доврачебной помощи.	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
5.1. Умение оказать сестринскую и доврачебную медицинскую помощь	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
6. Ведение медицинской документации (Наличие, полнота, своевременность, качество ведения)	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
6.1. Внесение результатов запланированного приема в МИС	5[4,5-5]	5[4-5]	100%	10%
6.2. Наличие и заполнение паспорта участка	5[4-5]	5[3-5]	82%	18%
Примечание: Медиана [IQR] – центральное значение (медиана) с интерквартильным размахом (IQR), который показывает степень разброса мнений. Мода [Min – Max] – наиболее часто встречающееся значение (мода) и диапазон (минимальная – максимальная оценка). «Согласен» и «Полностью согласен» (%) – доля экспертов, которые согласились с включением пункта в чек-лист. Коэффициент вариации (CV)- показывает степень разброса мнений экспертов относительно среднего значения.				

На основе полученных качественных отзывов и оценки по 5-балльной шкале Лайкерта первого раунда были рассмотрены все пункты и подпункты чек-листа и, где это было уместно, внесли изменения для рассмотрения экспертной группой во втором раунде процесса Delphi (Рисунок 8).

Определение цели исследования	Формирование экспертной группы	Первый раунд опроса	Анализ и обработка ответов	Второй раунд опроса
Создание инструмента для оценки профессиональной деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме	Главный эксперт УРСД ДНЧР, главные медицинские сестры, старшие медицинские сестры, медсестры расширенной практики, преподаватели, менеджеры сестринского дела (N=11)	6 пунктов 17 подпунктов	1 тема перемещена 1 тема переименована 1 тема сокращена 4 темы исключены 1 тема добавлена	6 пунктов 15 подпунктов

Рисунок 8 - Экспертная процедура по методу Дельфи

Таким образом во втором раунде пересмотренный чек-лист снова был предоставлен экспертами для оценки по 5-балльной шкале Лайкерта и в результате статистической обработки 6 пунктов и 16 подпунктов, предоставленного чек-листа достигли консенсуса экспертов, стало очевидно, что никаких дополнительных раундов не требуется, поскольку в ответах участников наблюдалась достаточная согласованность. Полученные, в результате разработки чек-листа методом Дельфи, окончательные утверждения приведены в (приложение Ж).

Шкала и методы оценки профессиональной деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приёме. Оценка чек-листа осуществлялась с применением трёхуровневой балльной шкалы, разработанная экспертами, где каждый пункт оценивался экспертом по следующей системе: 1 балл — полное и корректное выполнение критерия; 0,5 балла — частичное выполнение либо выполнение с незначительными нарушениями; 0 баллов — невыполнение критерия или наличие существенных ошибок. Для каждого показателя был предусмотрен способ верификации, включающий анализ записей в медицинской информационной системе (МИС), наблюдение за приёмом, а также собеседование с медицинской сестрой или изучение сопроводительной документации (журналы, анкеты, рецепты). Ниже приведена подробная расшифровка каждого критерия с указанием условий присвоения соответствующего балла (Таблица 17).

Таблица 17 – Шкала и методы оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме

Критерии	1 балл	0,5 балла	0 баллов	Метод оценки
1	2	3	4	5
Проведение идентификации и пациента	Проведена по ≥ 2 параметрам (ФИО, дата рождения, удостоверение личности)	Проведена по 1 параметру	Не проведена или с ошибками	Наблюдение и проверка записей в МИС
Оформление информированного согласия	Согласие оформлено, подписано, скан загружен в МИС	Оформлено частично (нет подписи/даты /внесения в МИС)	Не оформлено	Проверка в МИС
Сестринское обследование (субъективное)	Полный сбор анамнеза, жалоб	Неполный сбор данных, без детализации	Не проводилось	Наблюдение и проверка записей в МИС
Объективный осмотр	Проведены все измерения и осмотры, задокументированы	Проведены частично или без документирования	Не проведены	Наблюдение за приемом и проверка записей в МИС

Продолжение таблицы 17

1	2	3	4	5
Установление сестринского диагноза	Установлен по классификатору, обоснован	Диагноз установлен, но не соответствует классификатору	Не установлен	Проверка записей в МИС
План сестринских вмешательств	Составлен и задокументирован, охватывает нужды пациента	Составлен частично, без конкретных вмешательств	Не составлен	Проверка записей в МИС
Выписка рецептов	Рецепт выписан по назначению врача, корректно	Выписан с ошибками (дозировка, срок)	Выписан со значительными и нарушениями	Проверка записей в МИС, наличие рецептурных бланков формы 078/У, утвержденных в установленном порядке
Направление пациента на консультацию ВОП к профильному специалисту	При необходимости оформлено направление с обоснованием	Направление оформлено, но без обоснования	Не оформлено при наличии показаний	Проверка записей в МИС, проверка данных в соответствии с журналом критических показателей
Динамическое наблюдение	Регулярно проводится со 100% охватом пациентов	Проводится нерегулярно	Проводится с низким процентом охвата	Проверка сформированных списков по нозологиям
Обучение пациента и семьи	Проведено, отражено в документации	Проведено формально или не полностью	Не проводилось	Проверка записей в МИС
Консультирование по профилактике	Проведено в соответствии с возрастом, рисками	Проведено частично или без учета индивидуальных факторов	Не проводилось	Проверка записей в МИС
Умение оказать сестринскую и доврачебную медицинскую помощь	Все манипуляции выполнены правильно и своевременно	Есть мелкие ошибки или задержка	Манипуляции не выполнены или выполнены неправильно	Симуляционные кейсы/наблюдение

Продолжение таблицы 17

1	2	3	4	5
Знание и соблюдение НПА	Уверенно знает и соблюдает	Частично знает и соблюдает	Не знает и нарушает требования НПА	Собеседование, наблюдение
Внесение данных в МИС	Данные внесены своевременно и полностью	Данные внесены с задержкой или не полностью	Данные не внесены	Проверка записей в МИС
Наличие и заполнение паспорта участка	Паспорт заполнен	Паспорт заполнен частично	Паспорт отсутствует или пуст	Анализ наличия и правильности заполнения
Наличие и анализ проведенного анкетирования пациентов	Анкетирование проведено, анализ отражен	Анкетирование проведено без анализа	Анкетирование не проводилось	Наличие анкет и анализ результатов

Рекомендации:

- Перед применением шкалы провести инструктаж экспертов по оценке. - При наличии спорных моментов применять 0,5 балла.
- Оценка должна проводиться с опорой на медицинскую документацию и прямое наблюдение.
- Итоговая сумма баллов определяет уровень выполнения обязанностей МРП по принятой шкале (полный, недостаточный, минимальный объем).

3.5 Результаты пилотного исследования с использованием разработанного чек-листа

В рамках пилотного исследования был проведен анализ профессиональной деятельности медицинских сестер расширенной практики, осуществляющих самостоятельный прием пациентов в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Целью проведения пилотного исследования явилось определение эффективности и полноты выполнения профессиональных функций медицинскими сестрами расширенной практики на самостоятельном приеме, а также оценка применимости разработанного чек-листа как инструмента стандартизированной оценки качества их деятельности. Оценка проводилась с использованием разработанного чек-листа, включающего шесть основных блоков, охватывающих ключевые аспекты профессиональной деятельности МРП: организация и проведение сестринского процесса, динамическое наблюдение, профилактика, оказание доврачебной помощи, ведение медицинской документации и удовлетворенность пациентов.

В пилотном исследовании приняли участие 13 медицинских сестер расширенной практики, осуществляющих самостоятельный прием в городской поликлинике № 3 города Актобе. Все респонденты были женского пола (100%). Медианный возраст составил 48,0 лет (межквартильный размах: 45,0–53,0). По стажу работы в должности медицинской сестры расширенной практики большинство участниц (62%) имели опыт от 1 до 2 лет, 15% — от 2 до 3 лет, 8% — от 3 до 4 лет, и ещё 15% — от 4 до 5 лет. Респондентов с опытом менее одного года в выборке не было. Что касается уровня образования, 85% медицинских сестер имели квалификацию прикладного бакалавра, а 15% — академического бакалавриата (Таблица 18).

Таблица 18 – Демографическая характеристика участников

Респонденты	Структура	абс.	%
Пол	муж	0	0
	жен	13	100
Возраст, Ме (Q1–Q3): 48,0 (45,0–53,0).			
Стаж в должности мед. сестры расширенной практики	Менее 1 года	0	0
	От 1 до 2 лет	8	62
	От 2 до 3 лет	2	15
	От 3 до 4 лет	1	8
	От 4 до 5 лет	2	
Образование	Прикладной бакалавр	11	85
	Академический бакалавр	2	15
Всего:		13	100

Перед апробацией инструмента, группой исследователей было организовано обучение, направленное на формирование навыков использования шкалы для оценки профессиональной деятельности медсестер расширенной практики на самостоятельном приеме. Оценку проводила главная медицинская сестра данной медицинской организации. По результатам анализа, общая сумма баллов по каждому из оцененных медицинских сестер варьировалась от 8 до 14,5 баллов, одна медсестра получила 14,5 баллов, 6 медсестер – 13 баллов, 2 медсестры – 11,5 баллов, 3 медсестры – 10 баллов и одна медсестра – 8 баллов, в процентном соотношении: 7,7% медицинских сестер продемонстрировали выполнение работы в полном объеме (14–16 баллов), 84,6% показали выполнение работы в недостаточном объеме (10–14 баллов), 7,6% – в минимальном объеме (ниже 10 баллов).

В ходе пилотного исследования была проведена SWOT-оценка деятельности медицинских сестёр расширенной практики, выявившая как сильные, так и проблемные стороны их профессиональной деятельности, а также возможности и угрозы (Таблица 19).

Таблица 19 – SWOT-анализ по результатам пилотного исследования с использованием разработанного чек-листа

Внутренние факторы	
Сильные стороны (Strengths)	Слабые стороны (Weaknesses)
- Своевременное проведение идентификации пациента и оформление информированного согласия; - Грамотное выписывание рецептов на лекарственные препараты для продолжения лечения в соответствии с назначениями врача; - Обеспечение маршрутизации пациента в случае выхода за пределы компетенций МРП; - Своевременное динамическое наблюдение за пациентами с ХНИЗ; - Систематическая организация и контроль обучения пациентов и членов семьи процедурам ухода и самоуправления заболеванием; - Умение оказать доврачебную помощь в пределах своей компетенции, включая экстренные ситуации; - Регулярное проведение индивидуального консультирования по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний; - Наличие и систематическое заполнение паспорта участка.	- Недостаточный уровень знаний и навыков при проведении субъективного (сбор жалоб, анамнеза) и объективного (осмотр, измерение жизненно важных показателей) обследования пациента; - Недостаточный уровень знаний в области сестринской диагностики, что проявляется в неуверенности и ошибках при формулировке сестринских диагнозов; - Неуверенность при составлении плана сестринских вмешательств; - Отсутствие систематической оценки удовлетворенности пациентов; - Недостаточный уровень знаний по нормативно-правовым актам, регулирующим сестринскую практику; - Несвоевременное или неполное внесение данных о приеме в МИС.
Внешние факторы	
Возможности (Opportunities)	Угрозы (Threats)
- Проведение дополнительных тренингов по диагностике и планированию вмешательств; - Внедрение опросников удовлетворенности пациентов; - Масштабирование положительного опыта в других организациях ПМСП; - Внедрение чек-листа как стандартизированного инструмента оценки качества на уровне ПМСП по всей стране.	- Возможность формального заполнения без реальной оценки компетенций, особенно при отсутствии внешнего аудита; - Сопротивление персонала при внедрении объективной системы оценки; - Недостаток обученных экспертов для объективной оценки и интерпретации результатов.

Таким образом, проведенное пилотное исследование продемонстрировало эффективность чек-листа как инструмента структурированной оценки деятельности медицинских сестер расширенной практики на самостоятельном приеме, а также позволило не только апробировать чек-лист в реальных условиях работы медицинских сестер, но и выявить текущий уровень освоения профессиональных навыков, определить проблемные зоны, требующие дополнительного внимания, а также собрать данные для последующего

совершенствования модели самостоятельного приема. Результаты анализа стали основой для формирования рекомендаций по повышению качества сестринской помощи, разработке образовательных программ и внедрению механизмов наставничества и контроля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ международного опыта развития расширенной сестринской практики показывает, что эта модель здравоохранения стала эффективным ответом на глобальные вызовы: нехватку врачей, рост хронических заболеваний, старение населения и необходимость повышения доступности медицинской помощи. В таких странах, как США, Канада, Великобритания, Австралия и Новая Зеландия, расширенная сестринская практика уже давно интегрирована в систему здравоохранения и признана законом как автономная профессиональная практика, требующая подготовки не ниже магистерского уровня и обладающая четкими регуляторными механизмами, включая сертификацию, лицензирование и правовую защиту титула. В этих странах медицинские сестры расширенной практики доказали свою клиническую эффективность, сопоставимую с врачебной, особенно в первичной медико-санитарной помощи, и получили высокую оценку со стороны пациентов [53, с.927-930]. Кроме того, медицинские сестры расширенной практики показали экономическую выгоду, снижая нагрузку на врачей и повышая общую эффективность системы здравоохранения [4, с.2].

В отличие от стран-лидеров, Казахстан находится на этапе активного становления института расширенной сестринской практики. С 2018 года были предприняты важные шаги, включая запуск пилотных проектов, пересмотр образовательных программ, внедрение новой номенклатуры должностей и обновление нормативной базы. Казахская модель ориентирована на международные стандарты, в частности на финский опыт, однако в ней сохраняются значимые отличия.

Во-первых, несмотря на наличие четырехуровневой системы подготовки специалистов сестринского дела, в Казахстане должность медсестры расширенной практики допускает наличие только прикладного бакалавриата, тогда как международные стандарты требуют, как минимум, степени магистра [65, с.422]. Это несоответствие может ограничивать клиническую автономию МРП и сдерживать доверие со стороны других специалистов и пациентов [154].

Во-вторых, правовое регулирование в Казахстане частично охватывает расширенную сестринскую практику, но остается недостаточно конкретным в вопросах разграничения полномочий, механизмов контроля качества и стандартизации клинической практики. В международной практике, напротив, защита профессионального титула и наличие лицензии являются обязательным условием для легитимности практики [65, с.422].

Кроме того, в Казахстане наблюдается низкая осведомленность населения о роли медсестер расширенной практики и недостаточная межпрофессиональная интеграция между ними, что снижает потенциал их влияния на систему здравоохранения. Это контрастирует с такими странами, как Великобритания и Швеция, где медсестры являются ключевыми фигурами в профилактике и долговременном наблюдении пациентов [155]. Тем не менее, Казахстан демонстрирует положительную динамику: количество медсестер

расширенной практики растет, внедряются клинические сестринские руководства, проводится непрерывное обучение. Однако, по аналогии с международным опытом, необходимо устранить ряд системных барьеров, включая унификацию образовательных стандартов, укрепление правового статуса медсестры, внедрение эффективных механизмов оценки качества и продвижение модели через общественное информирование.

Одним из ключевых барьеров для полноценного внедрения расширенной сестринской практики в Казахстане является низкая осведомленность населения о функциональных возможностях медсестры на самостоятельном приёме. Пациенты не всегда понимают роль и полномочия медицинской сестры расширенной практики, что приводит к недостаточной посещаемости таких консультаций и снижению доверия к их профессионализму. Исторически сложившийся стереотип о медсестре как помощнике врача затрудняет принятие новой модели сестринской службы. Однако постепенное информирование пациентов и активная работа самих медицинских сестер по разъяснению своих компетенций помогут изменить эту ситуацию. Это подтверждается результатами как настоящего исследования, так и зарубежных публикаций, где подчеркивается важность просветительской работы среди пациентов [116, с.19-20].

Другим значимым ограничением остается неадаптированная рабочая среда, которая влияет на эффективность работы медицинских сестер. В частности, выявлены проблемы с интеграцией медицинских информационных программ, что значительно усложняет ведение документации и увеличивает нагрузку на специалистов. Также важной проблемой является отсутствие отдельных кабинетов для независимых консультаций, что мешает соблюдению конфиденциальности и полноценному взаимодействию с пациентами. Решение этих вопросов может существенно повысить качество и удобство работы медсестер. Подобные организационные барьеры ранее были выявлены и в других странах, проходящих этап адаптации расширенной сестринской практики [100, с.17].

Еще одной существенной проблемой является недостаточная уверенность медицинских сестер в самостоятельном ведении приема. Основные факторы, влияющие на это, включают нехватку знаний в области фармакологии, трудности в постановке сестринского диагноза и отсутствие четких критериев оценки их работы. Медицинские сестры признают, что расширение их профессиональных компетенций требует дополнительного обучения, особенно в сфере диагностики и фармакологии. Это также находило отражение в работах, посвященных профессиональной идентичности и компетенциям медсестер расширенной практики [100, с.17; 156].

Результаты нашего исследования показывают, что основную группу респондентов составили женщины (63,9%) среднего и пожилого возраста, с медианным возрастом 62 года, со средним уровнем образования и преимущественно пенсионным статусом. Эти пациенты характеризуются регулярным посещением сестринского приёма. В то же время трудоспособное

население обращается к медсестре значительно реже. Сопоставление с международными исследованиями демонстрирует аналогичные тенденции. Например, согласно исследованию на базе данных американской системы первичной медико-санитарной помощи [157], женщины составляют подавляющее большинство пациентов, обращающихся к практикующей медсестре, при этом значительная доля приходится на возрастную категорию 60+ лет. Эти пациенты чаще имеют хронические заболевания и нуждаются в постоянном мониторинге состояния, что обуславливает регулярное обращение за помощью. Сходные результаты были получены в исследовании, проведенном в Швейцарии [17, с.4], где установлено, что пациенты, посещающие приём практикующей медсестры, в основном пожилые, женского пола, имеющие многокоморбидные состояния. Исследование подчеркивает, что эти пациенты чаще нуждаются в консультировании, уходе и регулярном наблюдении, что и объясняет их предпочтение в пользу сестринского приема [158].

Полученные данные нашего исследования свидетельствуют о том, что одной из наиболее частых причин обращения пациентов на сестринский прием является получение льготных лекарств (85,4% среди осведомлённых пациентов и 68,2% среди неосведомлённых, $p = 0,028$). Подобная тенденция в зарубежной литературе отмечается реже: в системах здравоохранения США, Канады, Австралии и Великобритании преобладающими причинами обращения к практикующим медсестрам являются мониторинг хронических заболеваний, ведение пациентов с острыми состояниями, а также проведение профилактических осмотров и психосоциальная поддержка [159].

Так, согласно исследованию Laurant et al. (2018), в Нидерландах и Великобритании до 60% визитов к практикующей медсестре связано с ведением таких хронических состояний, как диабет, артериальная гипертензия и астма, при этом выписка лекарств рассматривается как вторичный, сопровождающий аспект, а не как основная цель визита.

Подавляющее большинство респондентов выразили положительное мнение о самостоятельном сестринском приеме. Среди тех, кто посещает прием регулярно, 99,2% отметили необходимость этой практики, и 98,3% указали на ясность предоставляемых рекомендаций. Это свидетельствует о высокой значимости и полезности данной модели медицинской помощи. Подобные тенденции отмечаются и в зарубежных исследованиях. Например, в исследовании Julian Barratt [113, с.4], было выявлено, что пациенты высоко оценивают взаимодействие с практикующими медсестрами и выражают удовлетворенность полученной информацией, уходом и вовлеченностью в процесс лечения. Более 90% опрошенных пациентов указали, что предпочли бы продолжить консультации у медсестры, если это возможно.

Оценка удовлетворенности пациентов в медицинских учреждениях продолжает оставаться ключевым индикатором качества предоставляемой медицинской помощи. Miriam Griffin подчеркивают, что удовлетворенность пациентов является неотъемлемым компонентом при оценке эффективности

внедрения новых профессиональных ролей в системе здравоохранения. Хотя существует ряд свидетельств, указывающих на положительное влияние деятельности опытных практикующих медсестер на клинические исходы, на национальном уровне необходимо продолжать подтверждать эти результаты, включая данные на региональном и локальном уровнях [160]. Результаты настоящего исследования подтверждают выводы предыдущих работ о высокой удовлетворенности пациентов услугами медицинских сестер расширенной практики, особенно среди пожилого населения, нуждающегося в постоянном наблюдении и профилактических мерах [161,162]. Регулярные визиты к медсестре способствуют улучшению информированности, укреплению доверия и положительно влияют на состояние здоровья пациентов, что согласуется с данными исследования Laurant. Высокий уровень удовлетворенности услугами медсестры самостоятельного приема среди пациентов можно объяснить тем, что основную группу респондентов составляют пенсионеры. Данная категория населения, как правило, имеет повышенную потребность в регулярном медицинском наблюдении, лечении хронических заболеваний и получении доступных медицинских услуг. Медсестра расширенной практики не только обеспечивает оперативное и удобное обслуживание, сокращая время ожидания, но и уделяет особое внимание этим пациентам, проводя длительные консультации. Такой подход позволяет более детально разбирать жалобы, разъяснять вопросы профилактики и лечения, что повышает доверие пациентов и их удовлетворенность медицинской помощью. Кроме того, пожилые пациенты чаще демонстрируют лояльность к медицинскому персоналу, ценят стабильность, внимательное отношение и индивидуальный подход, что также способствует высокой оценке предоставляемых услуг.

Для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики, был разработан чек-лист, который обеспечил системный подход к анализу соблюдения профессиональных стандартов и качества оказания сестринской помощи. Проведенный пилот позволил определить текущий уровень освоения профессиональных компетенций медсестер расширенной практики, а также выделить сильные и слабые стороны в организации самостоятельного приема. Полученные результаты стали основанием для формирования рекомендаций по совершенствованию образовательных программ и повышения квалификации медсестер, работающих в условиях самостоятельного приема, а также выявил необходимость дополнительного обучения, методической поддержки и усиления наставничества. Этот подход соответствует международным стандартам оценки качества сестринской помощи и является эффективным инструментом повышения профессиональной автономии и уверенности медсестер. Необходимость стандартизации оценки качества медицинской помощи, оказываемой медсестрами расширенной практики, подчеркивается во многих руководящих документах, включая рекомендации Всемирной организации здравоохранения.

Таким образом результаты исследования подтверждают, что важность внедрения самостоятельного сестринского приема как эффективной модели

организации медицинской помощи, играет важную роль в системе первичной медицинской помощи. Он способствует повышению доступности медицинских услуг, снижению нагрузки на врачей, сокращению времени ожидания, улучшению качества медицинского обслуживания и усилению роли медицинских сестер, а регулярные посещения медсестры расширенной практики положительно влияют на осведомленность пациентов, их удовлетворенность медицинской помощью и состояние здоровья.

Результаты проведенного исследования позволили нам сформулировать следующие выводы:

1. Полноценная интеграция медсестер расширенной практики в систему здравоохранения Республики Казахстан по примеру стран с устоявшейся моделью сдерживается рядом системных барьеров: академическим разрывом, недостаточным правовым регулированием, слабой инфраструктурой, неразвитыми механизмами оценки деятельности и низкой общественной осведомленностью.

2. Низкая осведомленность населения о роли медицинских сестер расширенной практики, недостаточный уровень их профессиональных компетенций, ограниченность материально-технических ресурсов, а также отсутствие унифицированных критериев оценки деятельности препятствуют полноценной реализации функций медицинских сестер расширенной практики в системе первичной медико-санитарной помощи.

3. Пациенты, регулярно посещающие самостоятельный сестринский приём, демонстрируют значительно более высокий уровень удовлетворённости (99,2% против 91,8%; $p < 0,001$), улучшение самочувствия (87,4% против 73,8%; $p < 0,002$) и положительную оценку качества услуг (оценка "отлично" 75,2% против 60,7%; $p < 0,001$). Однофакторный логистический регрессионный анализ показал, что знание о приёме увеличивает вероятность удовлетворённости в 22,6 раза ($OR=22,62$; 95%ДИ 5.59:91,40; $p < 0,001$), регулярные посещения приема в 9,6 раза ($OR=9,63$; 95%ДИ 2,33:39,72; $p=0,002$), использование цифровых платформ для записи в 4,8 раза ($OR=4,81$; 95%ДИ 1,18:19,61; $p=0,029$), тогда как ожидание более 10 минут снижает удовлетворённость в 5 раз ($OR=0,20$; 95%ДИ 0,01:0,285; $p=0,004$). Важными факторами также являются осмотр ($OR=57,38$; 95%ДИ 8.76:216,01; $p < 0,001$), контроль динамики лечения ($OR=43,50$; 95%ДИ 8.76:216,01; $p < 0,001$), понятность рекомендаций ($OR=0,019$; 95%ДИ 0,003:0,130; $p < 0,001$), полнота опроса ($OR=0,12$; 95%ДИ 0,001:0,17; $p=0,001$), и улучшение состояния пациента ($OR=13,44$; 95%ДИ 3,28:55,01; $p < 0,001$).

4. Разработанный чек-лист позволит стандартизировать рабочие процессы, структурировать деятельность медицинских сестер, что будет способствовать снижению вероятности ошибок, повышению уровня профессиональной ответственности, качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов. Результаты пилотного внедрения чек-листа позволили выявить сильные и слабые стороны деятельности медицинских сестер при ведении самостоятельного приема, оценить уровень освоения

ключевых профессиональных компетенций, а также сформировать практические рекомендаций.

Практические рекомендации

Результаты нашего исследования позволили разработать практические рекомендации по совершенствованию работы медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме:

1. Совершенствование нормативно-правовой базы для медицинских сестер расширенной практики в системе первичной медико-санитарной помощи, путем установление четких критериев допуска к самостоятельной клинической практике, включая требования к уровню образования.

2. Проводить на базе медицинских университетов обучение медицинских сестер самостоятельного приема в области фармакологии, диагностики и сестринских вмешательств (курсы повышения квалификации).

3. С учетом необходимости дальнейшего совершенствования самостоятельного сестринского приема, разработать и внедрить на базе медицинских университетов двухгодичную профильную магистратуру «Медицинская сестра расширенной практики».

4. Усилить работу по повышению осведомленности населения через информационные кампании, разъяснительную работу среди пациентов и популяризацию роли медицинских сестер расширенной практики.

5. Оптимизировать рабочую среду, включая интеграцию медицинских информационных систем и обеспечение условий для проведения независимых консультаций медицинскими сестрами расширенной практики.

6. Внедрить чек-лист в ПМСП для использования главными и старшими медицинскими сестрами, менеджерами в сестринском деле в качестве инструмента стандартизированной оценки профессиональной деятельности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Аликперова Н.В., Аксенова Е.И., Виноградова К.В. Изменение функционала: как воспринимают нововведения медицинские работники? // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 2. – С. 1311-1317.
- 2 Джайнакбаев Н.Т., Алдиярова М.А. Ибраймжанова Ж.Е. Сестринское дело в Казахстане и в мировых системах здравоохранения // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2020. – Т. 1, № 27. – С. 23-29.
- 3 Искакова А. М., Абзалова Р. А., Шалгумбаева Г.М., Юодайте-рачкаускене А., Ахметова А. К., Сундеева Е. А., Кулуспаев Е. С. Внедрение новых сестринских технологий в Республике Казахстан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 182-185.
- 4 Ho L.H., Chang S.C., Kau K., Shiu S.Y., Huang S.S., Wang Y.J., Tsay S.L. The Impact of Organizational Support on Practice Outcomes in Nurse Practitioners in Taiwan. // The Journal of Nursing Research. – 2021. – Vol. 29, № 3. – 148 p.
- 5 Утжанова К.А., Маханбеткулова Д.Н., Аимбетова Г.Е., Серік М., Кожаканова Г.С., Кыраубаева Д.Д. Медсестра расширенной практики: текущее состояние и перспективы развития // Фтизиопульмонология. – 2024. – Т.1, № 43. – С.106-117.
- 6 Jokiniemi K., Pietilä A.M., Mikkonen S. Construct validity of clinical nurse specialist core competency scale: An exploratory factor analysis // Journal of Clinical Nursing. – 2021. – Vol. 30, № 13–14. – P. 1863–1873.
- 7 Schlunegger M.C., Aeschlimann S., Palm R., Zumstein-Shaha M. Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review // Journal of Clinical Nursing. – 2023. – Vol. 32, № 11–12. – P. 2521–2532.
- 8 Miranda Neto M.V., Rewa T., Leonello V.M., Oliveira M.A.C. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? // Revista Brasileira de Enfermagem. – 2018. – Vol. 71, № 1. – P. 716-721.
- 9 Кумаров К.М., Байгожина.З.А. Оценка эффективности деятельности среднего медицинского персонала в условиях внедрения новой модели сестринской службы // Journal of Health Development. – 2022. – Т. 2, № 46. – С. 23–32.
- 10 Утепбергенова Ж.М., Калматаева Ж.А., Калмаханов С.Б. Новая формация профессиональной деятельности медицинских сестер первичного звена в казахстане и мире // Вестник КАЗНМУ. – 2016. – №1. – С. 674-678.
- 11 Wong F.K.Y., Wong A.K.C. Advanced Practice Nursing in Hong Kong and Mainland China // In book: Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective. – 2020. – P.105-114.
- 12 Morrell S., Pittman G., Mulcaster A. Wound management provided by advanced practice nurses: A scoping review protocol // JBI Evidence Synthesis. – 2022. – Vol. 20, № 7. – P. 1806-1813.

13 Dwyer T., Craswell A., Browne M. Predictive factors of the general public's willingness to be seen and seek treatment from a nurse practitioner in Australia: a cross-sectional national survey // *Human Resources for Health*. – 2021. – Vol. 19, № 1. – 21 p.

14 Van der Biezen M., Derckx E., Wensing M., Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study // *BMC Family Practice*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – 16 p.

15 Schadewaldt V., McInnes E., Hiller J.E., Gardner A. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia - A multiple case study using mixed methods // *BMC Family Practice*. – 2016. – Vol. 17, № 1. – 99 p.

16 Hnath J.G.P., Rambur B., Grabowski D.C. Earnings, job satisfaction, and turnover of nurse practitioners across employment settings // *Health Affairs Scholar*. – 2023. – Vol. 1, № 3. – 44 p.

17 Gysin S., Meier R., van Vught A., Merlo C., Gemperli A., Essig S. Differences in patient population and service provision between nurse practitioner and general practitioner consultations in Swiss primary care: A case study // *BMC Family Practice*. – 2020. – Vol. 21, № 1. – 164 p.

18 Wheeler K.J., Miller M., Pulcini J., Gray D., Ladd E., Rayens M.K. Advanced Practice Nursing Roles, Regulation, Education, and Practice: A Global Study // *Annals of Global Health*. – 2022. – Vol. 88, № 1. – 42 p.

19 Taylor F., Drennan V.M., Halter M., Allan H.T., Collins L. Uptake of advanced clinical practice roles in the health service in England: Perspectives at the micro level // *SSM - Qualitative. Research in Health*. – 2022. – Vol. 2, № 2. – 100141 p.

20 Whitehead L., Twigg D.E., Carman R., Glass C., Halton H., Duffield C. Factors influencing the development and implementation of nurse practitioner can–didacy programs: A scoping review // *International Journal of Nursing Studies*. – 2022. – Vol. 125, № 2. – 104133 p.

21 Lockwood E.B., Lehwaldt D., Sweeney M.R., Matthews A. An exploration of the levels of clinical autonomy of advanced nurse practitioners: A narrative literature review // *International Journal of Nursing Practice*. – 2022. – Vol. 28, № 1. – 12978 p.

22 De Bortoli Cassiani S.H., Dias B.M. Perspectives for Advanced Practice Nursing in Brazil // *Revista da Escola de Enfermagem*. – 2022. – Vol. 56. – 20210406 p.

23 Lee G.A., Aristizabal P., Walters G., Zárate-Grajales R.A., Nigenda G. Advanced Practice Nursing Roles: A Comparison Between Mexico and the United Kingdom // *Journal of Nursing Regulation*. – 2022. – Vol. 13, № 1. – P. 27-34.

24 De Raeve P., Davidson P.M., Bergs J., Patch M., Jack S.M., Castro-Ayala A., Xyrichis A., Preston W. Advanced practice nursing in Europe—Results from a pan-European survey of 35 countries // *Journal of Advanced Nursing*. – 2024. – Vol.

80, № 1. – P. 377–386.

25 Boman E., Egilsdottir H.O., Levy-Malmberg R., Fagerstrom L. Nurses' understanding of a developing nurse practitioner role in the Norwegian emergency care context: A qualitative study // *Nordic of Journal Nursing Research*. – 2019. – Vol. 39, № 1. – P. 47-54.

26 Cooper M.A., McDowell J., Raeside L. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists // *British Journal of Nursing*. – 2019. – Vol. 28, № 20. – P. 1308-1314.

27 Ryder M., Jacob E. A translational research framework for nurse practitioners // *Journal of Nursing Management*. – 2022. – Vol. 30, № 2. – P. 421-427.

28 Savard I., Al Hakim G., Kilpatrick K. The added value of the nurse practitioner: An evolutionary concept analysis // *Nursing Open*. – 2023. – Vol. 10, № 4. – P. 2540-2551.

29 Kleinpell R., Myers C.R., Schorn M.N. Addressing Barriers to APRN Practice: Policy and Regulatory Implications During COVID-19 // *Journal of Nursing Regulation*. – 2023. – Vol. 14, № 1. – P. 13-20.

30 Kilpatrick K., Savard I., Audet L.A., Kra-Friedman A., Atallah R., Jabbour M., Zhou W., Wheeler K., Ladd E., Gray D.C., Henderson C., Spies L.A., McGrath H., Rogers M. A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews protocol // *PLoS One*. – 2023. – Vol. 18, № 1. – 280726 p.

31 Kaldan G., Nordentoft S., Herling S.F., Larsen A., Thomsen T., Egerod I. Evidence characterising skills, competencies and policies in advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review protocol // *BMJ Open*. – 2019. – Vol. 9, № 9. – 31504 p.

32 Côté N., Freeman A., Jean E., Denis J.L. New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: The dynamic relationship between the context and work meaning // *BMC Health Services Research*. – 2019. – Vol. 19, № 1. – 882 p.

33 Guo H., Zhu W., Li J. Developing a core competency framework for advanced practice nursing in mainland China: a sequential exploratory study // *BMC Nursing*. – 2023. – Vol. 22, № 1. – 179 p.

34 Schober M. Development of advanced practice nursing (APN): the international context // *Enfermería Clínica*. – 2019. – Vol. 29, № 2. – P. 63-66.

35 Htay M., Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review // *International Journal of Nursing Studies Advances*. – 2021. – Vol. 3. – 100034 p.

36 Primeau M.S. Advanced practice nurses: delivering quality and cost-effective health care // *Journal of Health Development*. – 2018. – Vol. 2, № 27. – P. 44-48.

37 Chun C.K., Wong F.K., Wang S.L., Chen W. Examining advanced nursing practice in Hong Kong and Guangzhou // *International Journal of Nursing Sciences*. – 2021. – Vol. 8, № 2. – P. 190-198.

- 38 Angeli-Silva L., Leitão T.S., David H.M.S.L., Mascarenhas N.B., Acioli S., Silva T.P.C. State of the art on Advanced Nursing Practice: reflections for the agenda in Brazil // *Revista Brasileira de Enfermagem*. – 2022. – Vol. 75, № 5. – 20220151 p.
- 39 Bryant-Lukosius D., Spichiger E., Martin J., Stoll H., Kellerhals S.D., Fliedner M., Grossmann F., Henry M., Herrmann L., Koller A., Schwendimann R., Ulrich A., Weibel L., Callens B., De Geest S. Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles // *Journal of Nursing Scholarship*. – 2016. – Vol. 48, № 2. – P. 201-219.
- 40 Schober M. Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020 // *International Council of Nurses*. – 2020. – P. 1-39.
- 41 Minosso K.C., Toso B.R.G.O. Transcultural validation of an instrument to evaluate Advanced Nursing Practice competences in Brazil // *Revista Brasileira de Enfermagem*. – 2021. – Vol. 74. – 20210165 p.
- 42 Parada C.M.G. de L., Paz E.P.A., Nichiata L.Y.I., Barbosa D.A., Kantorski L. Advanced Practice Nursing: “Training” Pillar in Supporting the Proposal in Brazil // *Revista Brasileira de Enfermagem*. – 2023. – Vol. 76, № 5. – 20230118 p.
- 43 Tzeng H.M., Raji M.A., Chou L.N., Kuo Y.F. Impact of State Nurse Practitioner Regulations on Potentially Inappropriate Medication Prescribing between Physicians and Nurse Practitioners: A National Study in the United States // *Journal of Nursing Care Quality*. – 2022. – Vol. 37, № 1. – P. 6-13.
- 44 Banaser M., Al-Soqair N., Al-Feher S. Nurses Perception of Advance Nurse Practitioners Roles in Public Hospitals: A Qualitative Study // *Open Journal of Nursing*. – 2021. – Vol. 11, № 6. – P. 513-527.
- 45 Marceau R., O’Rourke T., Montesanti S., Hunter K. A Critical Analysis of Funding Models: Sustainability of the Nurse Practitioner Role in Canada // *The Journal for Nurse Practitioners*. – 2021. – Vol. 17, № 9. – P. 1112-1117.
- 46 Raleigh M., Allan H. A qualitative study of advanced nurse practitioners’ use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries // *Journal of Clinical Nursing*. – 2017. – Vol. 26, № 13–14. – P. 2025-2035.
- 47 MacVicar S., Paterson R.E. Characteristics of prescribing activity within primary care in Scotland 2013–2022 of general practitioners, nurse, pharmacist and allied health prescribers: A retrospective cross-sectional study // *Journal of Advanced Nursing*. – 2023. – Vol. 79, № 8. – P. 3092-3101.
- 48 Hill B. Exploring the development and identity of advanced practice nursing in the UK // *Nursing Management*. – 2017. – Vol. 24, № 5. – P. 36-40.
- 49 Dostanova Zh.A., Yermukhanova L.S., Baigozhina Z.A., Taushanova M.K., Abdikadirova I.T., Sultanova G.D. Global experience of advanced practice nurses in primary healthcare: a literature review // *Фтизиопульмонология*. – 2024. Vol. 4, № 46. – P. 209–214. doi: 10.26212/2227-1937.2025.84.78.028
- 50 Buchan J., Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles // *OECD Health Working Papers*. – 2005. № 17. – 63 p.

51 Naderi A., Janatolmakan M., Bolandi Z., Rezaeian S., Khatony A. Physicians' attitudes towards the development of the nurse prescribing role in critical care and emergency departments // BMC Nursing. – 2023. – Vol. 22, № 1. – 484 p.

52 Christmals C. Dela, Armstrong S.J. Curriculum framework for advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: A multimethod study // BMJ Open. – 2020. – Vol. 10, № 6. – 35580 p.

53 Maier C.B., Aiken L.H. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study // The European Journal of Public Health. – 2016. – Vol. 26, № 6. – P. 927-934.

54 Dankers-de Mari E.J.C.M., van Vught A.J.A.H., Visee H.C., Laurant M.G.H., Batenburg R., Jeurissen P.P.T. The influence of government policies on the nurse practitioner and physician assistant workforce in the Netherlands, 2000–2022: a multimethod approach study // BMC Health Services Research. – 2023. – Vol. 23, № 1. – 580 p.

55 van der Biezen M. Schoonhoven L., Wijers N., van der Burgt R., Wensing M., Laurant M. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study // Journal of Advanced Nursing. 2016. Vol. 72, № 8. – P. 1813-24.

56 Devictor J., Burnet E., Henriot T., Leclercq A., Ganne-Carrie N., Kilpatrick K., Jovic L. Implementing advanced practice nursing in France: A country-wide survey 2 years after its introduction // Nursing Open. – 2023. – Vol. 10, № 3. – P. 1437-1448.

57 Каусова Г.К., Толегенова С.У., Жантуриев Б.М., Абдрахманова А.М. Абуов Д.Ж. Опыт делегирования полномочий среднему медицинскому персоналу на примере смешанной поликлиники при ГКБ №5 г. Алматы // Вестник КазНМУ. – 2017. – №4. – С. 376-379.

58 Kazakidis K., Kryczka T. Advanced nursing practice as a panacea for healthcare in Poland // Pielęgniarstwo XXI Wieku. – 2021. – Vol. 20, № 1. – P. 50-57.

59 Glarcher M., Lex K.M. Advanced Nursing Practice in Austria under consideration of outcome measurement // Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes. – 2020. – Vol. 155. – P. 11-16.

60 Bonner A., Douglas B., Brown L., Harvie B., Lucas A., Tomlins M., Gillespie K. Understanding the practice patterns of nephrology nurse practitioners in Australia // Journal Renal Care. – 2023. – Vol. 49, № 4. – P. 278-287.

61 Hawley G., Grogan A., McGuire T., van Driel M., Hollingworth S. Nurse practitioner and midwife antibiotic prescribing in Australia // European Journal of Midwifery. – 2023. – Vol. 26, № 7. – 11 p.

62 Fox A., Chan R.J., Crawford-Williams F., Williams S., Currie J., Thamm C. A survey of nurse practitioner's views on registered nurse prescribing in Australia — Conflicted perspectives // Collegian. – 2023. – Vol. 30, № 2. – P. 620–626.

63 Adams S., Carryer J. Establishing the nurse practitioner workforce in rural

New Zealand: Barriers and facilitators // J. Prim. Health Care. – 2019. – Vol. 11, № 2. – P. 152-158.

64 Maier C., Aiken L., Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation // OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris. – 2017. – 71 p.

65 Heale R., Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation // International Nursing Review. – 2015. – Vol. 62, № 3. – P. 421-429.

66 Lopes-Júnior L.C. Advanced Practice Nursing and the Expansion of the Role of Nurses in Primary Health Care in the Americas // SAGE Open Nursing. – 2021. Vol. 24, № 7. – P. 1-4.

67 Kim M.J., McKenna H., Davidson P., Leino-Kilpi H., Baumann A., Klopper H., Al-Gasseer N., Kunaviktikul W., Sharma S.K., Ventura C., Lee T. Doctoral education, advanced practice and research: An analysis by nurse leaders from countries within the six WHO regions // International Journal of Nursing Studies Advances. – 2022. Vol. 20, № 4. – 100094 p.

68 Wilkinson J., Carryer J., Budge C. Impact of postgraduate education on advanced practice nurse activity – a national survey // International Nursing Review. – 2018. – Vol. 65, № 3. – P. 417-424.

69 Wong F.K.Y. Development of advanced nursing practice in China: Act local and think global // International Journal of Nursing Sciences. – 2018. – Vol. 5, № 2. – P. 101-104.

70 McTague K., Smith V. Simulation-based education for nurse and midwife advanced practitioner education: A scoping review protocol // JBI Evidence Synthesis. – 2023. – Vol. 21, № 7. – P. 1453-1460.

71 Parker J.M., Hill M.N. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China // International Journal of Nursing Sciences. – 2017. – Vol. 4, № 2. – P. 196-204.

72 King R., Tod A., Sanders T. Development and regulation of advanced nurse practitioners in the UK and internationally // Nursing Standard. – 2017. – Vol. 32, № 14. – P. 43-50.

73 Ryder M., Smith R., Furlong E. Evaluation of a nurse practitioner clinical practicum module using a capability education framework: A case study design // Journal of Clinical Nursing. – 2023. – Vol. 32, № 13–14. – P. 3775-3786.

74 Сыдыкова Б.Қ., Умбетпаев А.Т., Байгожина З.А., Хисметова З.А., Самарова У.С., Сарсенбаева Г.Ж., Елисинов А.М. С.Д.С. Стимулирование профессионального развития медицинских сестер как способ повышения качества медицинской деятельности // Наука и Здоровоохранение. – 2021. – Т. 23 № 4. – С. 199-207.

75 Ахтаева С.М., Тлесова Э.Б., Зейнуллина А.Ж. Современное состояние кадровых ресурсов здравоохранения: проблемы и перспективы развития // Economics: the Strategy and Practice. – 2023. – Т. 18, № 1. – P. 241–255. <https://>

doi.org/10.51176/1997-9967-2023-1-241-255.

76 Bush C.T., Lowery B. Postgraduate Nurse Practitioner Education: Impact on Job Satisfaction // The Journal for Nurse Practitioners. – 2016. – Vol. 12, № 4. – P. 226-234.

77 Goodwin M., Fingerhood M., Slade E., Davidson P. Development of an innovative curriculum-to-career transition program for nurse practitioners in primary care // Nursing Outlook. – 2021. – Vol. 69, № 3. – P. 425-434.

78 Sulosaari V., Blaževičienė A., Bragadóttir H., Bäckström J., Heikkilä J., Hellesø R., Hopia H., Lenk-Adusoo M., Norlyk A., Urban R. A comparative review of advanced practice nurse programmes in the Nordic and Baltic countries // Nurse Education Today. – 2023. – Vol. 127. – 105847 p.

79 Heinen M., van Oostveen C., Peters J., Vermeulen H., Huis A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice // Journal of Advanced Nursing. – 2019. – Vol. 75, № 11. – P. 2378-2392.

80 Baigozhina Z.A., Shalkharova Zh.S., Abdrakhmanova A.O., Kabdullina G.B., Umbetzhanova A.T., Bekbergenova Zh.B., Umralina A.S. About the progress of implementation the road map of the project «modernization of medical education and science» and the comprehensive development plan for nursing in the republic of kazakhstan // Journal of Health Development. – 2018. – Vol. 2, № 27. – P. 32–37.

81 Байгожина З.А., Калиева М.К., Абдрахманова А.О. Кабдрахманова Н.М. Подготовка специалистов сестринской службы в Финляндии. Опыт для Казахстана // Journal of Health Development. – 2014. – Vol. 12, № 3. – С. 62–67.

82 Исенова Б.К., Зайнишева С.Б. Сестринское образование в республике казахстан: текущее состояние и перспективы // Международная научно-практическая конференция Journal of Healthcare and Life-Science Research.– 2023. –С. 42–45.

83 Алтынбекова У.А., Рамазанова М.А., Кашафутдинова Г.Т., Абдимуратова Б.К. Совершенствование компетентного подхода в подготовке бакалавров сестринского дела // Вестник КазНМУ. – 2016. № 3. – С. 230- 233.

84 Алтынбекова У.А., Рамазанова М.А., Касиева Б.С. А.Б.К. Некоторые подходы к оптимизации подготовки академических и прикладных бакалавров сестринского дела // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 2. – С. 337 – 340.

85 Ljungbeck B., Sjögren Forss K., Finnbogadóttir H., Carlson E. Content in nurse practitioner education – A scoping review // Nurse Education Today. – 2021. – Vol. 98. – 104650 p.

86 Абдрахманова А.О., Байгожина З.А., Калиева М.А. Пути формирования новой генерации медицинских сестер в Казахстане // Clinical Medicine of Kazakhstan. – 2014. – Т. 4, № 34. – С. 5-9.

87 Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: утв. 7 июля 2020 года, № 360-VI ЗРК <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. 13.06.2024.

88 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил оказания сестринского ухода: утв. 23 ноября 2020 года, №

ҚР ДСМ199/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021674>. 13.06.2024.

89 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения: утв. 21 декабря 2020 года, № ҚР ДСМ305/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021856> . 13.06.2024.

90 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан: утв. 30 марта 2023 года, № 49. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032160> . 13.06.2024.

91 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: утв. 24 августа 2021 года, № ҚР ДСМ-90. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024094> . 13.06.2024.

92 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований: утв. 23 октября 2020 года, № ҚР ДСМ-149/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021513>. 13.06.2024.

93 Søndergaard S.F., Lorentzen V., Sørensen E.E., Frederiksen K. The documentation practice of perioperative nurses: a literature review // Journal of Clinical Nursing. – 2017. – Vol. 26, № 13–14.

94 Rabelo-Silva E.R. Dantas Cavalcanti A.C., Ramos Goulart Caldas M.C., Lucena A.F., Almeida M.A., Linch G.F., da Silva M.B., Müller-Staub M. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC) // J. Clin. Nurs. – 2017. – Vol. 26, № 3–4. – P. 379-387.

95 Documentation Guidelines for Nurses Nova Scotia College of Nursing. – 2020. – 16 p. [https://www.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/Documentation Guidelines.pdf](https://www.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/Documentation%20Guidelines.pdf) 13.06.2024.

96 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению: утв. 30 октября 2020 года, № ҚР ДСМ-175/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579> . 13.06.2024.

97 Kim J., Yao Y., Macieira T.G.R., Keenan G. An examination of the coverage of the SNOMED CT coded nursing problem list subset // JAMIA Open. – 2019. – Vol. 2, № 3. – P. 386-391.

98 Ljungbeck B., Sjögren-Forss K., Carlson E. Nurse practitioner in Swedish municipal elderly care: A Delphi study of challenges and opportunities // Scandinavian Journal of Caring Sciences. – 2023. – Vol. 37, № 1. – P. 216-228.

99 Yan F., Xiao L.D., Tang S., Guo Q., Huang H. Perceptions of primary health care nurses and general practitioners in the care of older people with urinary

incontinence // *Journal of Advanced Nursing*. – 2024. – Vol. 80, № 2. – P. 644-655.

100 Torrens C., Campbell P., Hoskins G., Strachan H., Wells M., Cunningham M., Bottone H., Polson R., Maxwell M. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review // *International Journal of Nursing Studies*. – 2020. – Vol. 104. – 103443 p.

101 Gysin S., Sottas B., Odermatt M., Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: A qualitative study // *BMC Family Practice*. – 2019. – Vol. 20, № 1. – 163 p.

102 Black S., Fadaak R., Leslie M. Integrating nurse practitioners into primary care: policy considerations from a Canadian province // *BMC Family Practice*. – 2020. – Vol. 21, № 1. – 254 p.

103 Barnett M., Balkissoon C., Sandhu J. The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review // *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. – 2022. – Vol. 34, № 3. – P. 457-464.

104 Rannus K., Weir-Hughes D. The evolving roles of the Advanced Practice Nurse in postgraduate studies // *Proceedings of the Estonian Academy of Sciences*. – 2023. – Vol. 72, № 3. – P. 220-229.

105 Jeffery N., Donald F., Martin-Misener R., Bryant-Lukosius D., Johansen E.A., Egilsdottir H.Ö., Honig J., Strand H., Jokiniemi K., Carter N., Roodbol P., Rietkoetter S. A Comparative Analysis of Teaching and Evaluation Methods in Nurse Practitioner Education Programs in Australia, Canada, Finland, Norway, the Netherlands and USA // *International Journal of Nursing Education Scholarship*. – 2020. – Vol. 17, № 1. – 20190047 p.

106 Abou Malham S., Breton M., Touati N., Maillet L., Duhoux A., Gaboury I. Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model // *BMC Nursing*. – 2020. – Vol. 19, № 1. – 115 p.

107 Xie Y.H., Shen S., Liu C., Hong H., Guan H., Zhang J., Yu W. Internet-Based Supportive Interventions for Family Caregivers of People With Dementia: Randomized Controlled Trial // *JMIR Aging*. – 2024. – Vol. 7. – 50847 p.

108 World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. – 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>. 13.06.2024.

109 Stanik-Hutt J., Newhouse R., Kathleen M.W., Johantgen M., Bass E.B., Zangaro G., Wilson R., Fountain L., Steinwachs D.M., Heindel L., Jonathan P. Weiner J. The quality and effectiveness of care provided by nurse practitioners // *The Journal for Nurse Practitioners*. – 2013. – Vol. 9, № 8. – P. 492-500.

110 Gagan M.J., Maybee P. Patient satisfaction with nurse practitioner care in primary care settings // *Australian journal of advanced nursing*. – 2011. – Vol. 28, № 4. – P. 12-19.

- 111 O'Toole J., Ingram Sh., Kelly N., Quirke M., Roberts A., O'Brien F. Patient Satisfaction With Innovative Nurse Practitioner Cardiology Services // The Journal for Nurse Practitioners. – 2019. – Vol. 15, № 4. – P. 311-315.
- 112 Barratt J., Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: A case study-based survey of patients' pre-consultation expectations, and post-consultation satisfaction and enablement // Primary Health Care Research & Development. – 2019. – Vol. 20. – 36 p.
- 113 Newhouse R.P., Stanik-Hutt J., White K.M., Johantgen M., Bass E.B., Zangaro G., Wilson R.F., Fountain L., Steinwachs D.M., Heindel L., Weiner J.P. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review // Nursing Economics. – 2011. – Vol. 29, № 5. – P. 230-50.
- 114 Horrocks S., Anderson E., Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors // BMJ. – 2002. – Vol. 324, № 7341. – P. 819-23.
- 115 Regragui S., Gallagher F., Lacroix M., Leblond G., Cardinal S., Fecteau L., Lacasse A. Patients' satisfaction with the care provided by nurse practitioners in primary care settings of a remote region of Canada: A cross-sectional study // Clinical Nursing Studies. – 2019. – Vol. 7, № 3. – P. 79-87.
- 116 Laurant M., van der Biezen M., Wijers N., Watananirun K., Kontopantelis E., van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2018. – Vol. 2018, № 7. – 1271 p.
- 117 Parker R., Forrest L., McCracken J., McRae I., Cox D. What primary health-care services are Australian consumers willing to accept from nurse practitioners? A National Survey // Health Expectations. – 2014. – Vol. 17, № 5. – P. 733-40.
- 118 Buerhaus P. Nurse practitioners: A solution to America's primary care crisis. Report. – 2018. <https://www.aei.org/research-products/report/nurse-practitioners-a-solution-to-americas-primary-care-crisis/> 07.02.2025.
- 119 Thotam S.M., Buhse M. Patient satisfaction with physicians and nurse practitioners in multiple sclerosis centers // International Journal of MS Care. – 2020. – Vol. 22, № 3. – P. 129-135.
- 120 Delamaire M., Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries // OECD Health Working Papers. No. 54, OECD Publ. Paris. – 2010. – 106 p.
- 121 von Elm E., Altman D.G., Egger M., Pocock S.J., Gøtzsche P.C., Vandenbroucke J.P. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies // International Journal of Surgery. – 2014. – Vol. 12, № 12. – P. 1500-1524.
- 122 Buus N., Perron A. The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) // Int. J. Nurs. Stud. – 2020. – Vol. 102. – 103452 p.
- 123 Moser A., Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. part 1: Introduction // European Journal of General Practice. – 2017. – Vol. 23, № 1.

– P. 271-273.

124 Sutton J., Austin Z. Qualitative research: Data collection, analysis, and management // *Can. J. Hosp. Pharm.* – 2015. – Vol. 68, № 3. – P. 226-31.

125 Cantón-Rodríguez Y., Ibáñez-Masero O., García-Navarro E.B., Ortega-Galán Á.M., Ventura-Miranda M.I., Ruiz-Fernández M.D. Professional experiences of spanish advanced practice nurses: qualitative research // *BMC Nursing*. – 2024. – Vol. 23, № 1. – 439 p.

126 Holloway, I. and Wheeler S. Qualitative Research in Nursing and Health Care // 3rd Ed. Wiley-Blackwell, Chichester. 2010. – 15 p.

127 Schönenberger N., Sottas B., Merlo C., Essig S., Gysin S. Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: A qualitative study // *BMC Nursing*. – 2020. – Vol. 19, № 1. – 90 p.

128 Graneheim U.H., Lindgren B.M., Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper // *Nurse Education Today*. – 2017. – Vol. 56. – P. 29-34.

129 Bergman K., Perhed U., Eriksson I., Lindblad U., Fagerström L. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish primary care // *International Journal of Nursing Practice*. – 2013. – Vol. 19, № 3. – P. 326-33.

130 Hidayat A.T., Hariyati R.T.S., Nuraini T. The factor of affecting head nurse's delegation: A cross sectional study // *Enfermería Clínica*. – 2021. – Vol. 31. – P. 117-121.

131 Dostanova Zh.A., Yermukhanova L.S., Baigozhina Z.A., Taushanova M.K., Sultanova G.D., Kurganbekova M.B., Yerezhepov B.E. Development and validation of a questionnaire for patients "Studying the opinion of patients' satisfaction with nurse independent appointment at the level of primary health care" // *Science & Healthcare*. – 2023. – Vol. 25, № 5. – P. 151-157.

132 Kilańska D., Lipert A., Guzek M., Engelse P., Marczak M., Sienkiewicz K., Kozłowski R. Increased accessibility to primary healthcare due to nurse prescribing of medicines // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2022. – Vol. 19, № 1. – 292 p.

133 Conroy L., Faught J.T., Bowers E., Ecclestone G., Fong de Los Santos L.E., Hsu A., Johnson J.L., Kim G.G., Schechter N., Schubert L.K., Sterling D.A. Medical physics practice guideline 4.b: Development, implementation, use and maintenance of safety checklists // *Journal of Applied Clinical Medical Physics*. – 2023. – Vol. 24, № 3. – 13895 p.

134 Conroy D.E., Hojjatinia S., Lagoa C.M., Yang C.H., Lanza S.T., Smyth J.M. Personalized models of physical activity responses to text message micro-interventions: a proof-of-concept application of control systems engineering methods // *Psychol Sport Exerc*. – 2019. – Vol. 41. – P. 172-180.

135 Sastre-Fullana P., Morales-Asencio J.M., Sesé-Abad A., Bennasar-Veny M., Fernández-Domínguez J.C., De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): Clinimetric validation // *BMJ Open*.

– 2017. – Vol. 7, № 2. – 13659 p.

136 Schneider C., Zangrandi A., Sollmann N., Bonfert M.V., Beaulieu L.D. Checklist on the Quality of the Repetitive Peripheral Magnetic Stimulation (rPMS) Methods in Research: An International Delphi Study // *Frontiers Neurology*. – 2022. – Vol. 13. – 852848 p.

137 Martins A.I., Santinha G., Almeida A.M., Ribeiro Ó., Silva T., Rocha N., Silva A.G. Consensus on the Terms and Procedures for Planning and Reporting a Usability Evaluation of Health-Related Digital Solutions: Delphi Study and a Resulting Checklist // *Journal of Medical Internet Research*. – 2023. – Vol. 25. – 44326 p.

138 Bucyibaruta J.B., Doricah M., Bamford L., Elizabeth van der Wath A., Dyer T.A., Murphy A., Gatabazi P., Ajoke Anokwuru R., Muhire I., Anna Coetzee C., Coetzee H., Musekiwa A. Building consensus in defining and conceptualizing acceptability of healthcare: A Delphi study // *Public Health Nursing*. – 2023. – Vol. 40, № 2. – P. 273-282.

139 Christman A., Schrader S., John V., Zunt S., Maupome G., Prakasam S. Cover story: Designing a safety checklist for dental implant placement: A Delphi study // *J. Am. Dent. Assoc.* – 2014. – Vol. 145, № 2. – P. 131-40.

140 Ogden S.R., Culp WC Jr., Villamaria F.J., Ball T.R. Developing a Checklist: Consensus Via a Modified Delphi Technique // *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. – 2016. – Vol. 30, № 4. – P. 855-858.

141 Williamson C., Kelly P., Tomasone J.R., Bauman A., Mutrie N., Niven A., Richards J., Baker G. A modified Delphi study to enhance and gain international consensus on the Physical Activity Messaging Framework (PAMF) and Checklist (PAMC) // *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* – 2021. – Vol. 18, № 1. – 108 p.

142 Haworth S., Montgomery P., Schaub J. A Delphi Study to Develop Items for a New Tool for Measuring Child Neglect for Use by Multi-Agency Practitioners in the UK // *Social Sciences*. – 2023. – Vol. 12, № 4. – 239. p

143 Shimazaki K., Ota K., Niimi Y. Developing a self-checklist of staff development behavior for associate nurse unit managers using the Delphi method // *Nursing Health Sciences*. – 2021. – Vol. 23, № 1. – P. 195-207.

144 Bürkin B.M., Czabanowska K., Babich S., Casamitjana N., Vicente-Crespo M., De Souza L.E., Ehrenberg J.P., Hoffmann A., Kamath R., Matthiä A., Okumu F., Rutebemberwa E., Waser M., Kuenzli N., Bohlius J. Competencies for Transformational Leadership in Public Health—An International Delphi Consensus Study // *International Journal of Public Health*. – 2024. – Vol. 69. – 1606267 p.

145 Hanson C., Oliver E.J., Dodd-Reynolds C.J., Pearsons A., Kelly P. A modified Delphi study to gain consensus for a taxonomy to report and classify physical activity referral schemes (PARS) // *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. – 2020. – Vol. 17. – 158 p.

146 Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. // *Palliative*

Medicine. – 2017. – Vol. 31, № 8. – P. 684–706.

147 Ekhtiari H., Zare-Bidoky M., Sangchooli A., Janes A.C., Kaufman M.J., Oliver J.A., Prisciandaro J.J., Wüstenberg T., Anton R.F., Bach Pet. al. A methodological checklist for fMRI drug cue reactivity studies: development and expert consensus // *Nature Protocols*. – 2022. – Vol. 17, № 3. – P. 567-595.

148 Jeffers J.M., Golden W., Pahwa A.K., Cooper S., Cooke D., Reisig R., Grybauskas C., Balighian E., Frosch E., Shatzer J.H.Jr. The Process of Developing an Assessment Checklist for Simulated Infant Respiratory Distress Using a Modified Delphi Method: A Mixed Methods Study // *Cureus*. – 2020. – Vol. 12, № 4. – 7866 p.

149 Yam C.H.K., Wong E.L., Cheung A.W., Chan F.W., Wong F.Y., Yeoh E.K. Framework and components for effective discharge planning system: A delphi methodology // *BMC Health Services Research*. – 2012. – Vol. 12, № 1. – 396 p.

150 Barrios M., Guilera G., Nuño L., Gómez-Benito J. Consensus in the delphi method: What makes a decision change? // *Technological Forecasting and Social Change*. – 2021. – Vol. 163.

151 Rodríguez-Monforte M., Fernández-Jané C., Bracha M., Bartoszewska A., Kozakiewicz M., Leclerc M., Nimani E., Soanvaara P., Jarvinen S., Van Sherpenseel M., van der Velde M., Alves-Lopes A., Handgraaf M., Grüneberg C., Carrillo-Alvarez E. Defining a competency framework for health and social professionals to promote healthy aging throughout the lifespan: an international Delphi study // *Adv. Heal. Sci. Educ.* – 2024. – Vol. 29, № 5. – P. 1787-1807.

152 Chen S., Cao M., Zhang J., Yang L., Xu X., Zhang X. Development of the health literacy assessment instrument for chronic pain patients: A Delphi study // *Nursing Open*. – 2023. – Vol. 10, № 4. – P. 2192-2202.

153 Dostanova Z., Yermukhanova L., Blaževičienė A., Baigozhina Z., Taushanova M., Abdikadirova I., Sultanova G. Perception and Experience of Independent Consultations in Primary Healthcare among Registered Nurses in Kazakhstan: A Qualitative Study // *Healthcare*. – 2024. – Vol. 12, № 15. – 1461 p.

154 Scanlon A., Murphy M., Smolowitz J., Lewis V. Advanced Nursing Practice and Advanced Practice Nursing roles within low and lower-middle-income countries // *Journal of Nursing Scholarship*. – 2023. – Vol. 55, № 2. – P. 484-493.

155 Swall A., Hammar L.M., Boström A.M. Listen to the voices of nurses: the role of community chief nurses and registered nurses in the provision of care for older people in Sweden during the COVID-19 pandemic – a cross-sectional study // *BMC Geriatr*. – 2024. – Vol. 24, № 1. – 127 p.

156 Ljungbeck B., Sjögren Forss K. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: A qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses // *BMC Nursing*. – 2017. – Vol. 16, № 1. – 63 p.

157 Patel S.Y., Auerbach D., Huskamp H.A., Frakt A., Neprash H., Barnett M.L., James H.O., Smith L.B., Mehrotra A. Provision of evaluation and management visits by nurse practitioners and physician assistants in the USA from 2013 to 2019: Cross-sectional time series study // *BMJ*. – 2023. – Vol. 382. – 73933 p.

158 Weyer S.M., Cook M.L., Riley L. The Direct Observation of Nurse Practitioner Care study: An overview of the NP/patient visit // Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2017. Vol. 29, № 1. – P. 46-57. doi: 10.1002/2327-6924.12434.

159 McMenamin A., Turi E., Schlak A., Poghosyan L. A Systematic Review of Outcomes Related to Nurse Practitioner-Delivered Primary Care for Multiple Chronic Conditions // Medical Care Research and Review. – 2023. – Vol. 80, № 6. – P. 563-581.

160 Griffin M., McDevitt J. An Evaluation of the Quality and Patient Satisfaction With an Advanced Nurse Practitioner Service in the Emergency Department // The Journal for Nurse Practitioners. – 2016. – Vol. 12, № 8. – P. 553-559.

161 Martin-Misener R., Harbman P., Donald F., Reid K., Kilpatrick K., Carter N., Bryant-Lukosius D., Kaasalainen S., Marshall D.A., Charbonneau-Smith R., DiCenso A. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: Systematic review // BMJ Open. – 2015. – Vol. 5, № 6. – 7167 p.

162 Kippenbrock T., Emory J., Lee P., Odell E., Buron B., Morrison B. A national survey of nurse practitioners' patient satisfaction outcomes // Nursing Outlook. – 2019. – Vol. 67, № 6. – P. 707-712.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Информированное согласие

ФОРМА А-3.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ УЧАСТНИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Организация (спонсор): НАО Западно - Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова

Исследовательский центр: Городские поликлиники №3 г.Актобе, №5 г.Алматы, №5 г.Астана.

Название исследования: Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Дата последней экспертизы, проведенной ЛКБ: впервые

Дата одобрения последних поправок к протоколу исследования: впервые

Мы приглашаем Вас к участию в научном исследовании, проводимому в Западно - Казахстанском медицинском университете им. Марата Оспанова.

Мы приглашаем именно Вас, потому что Вы ведете самостоятельный сестринский прием.

Мы хотим, чтобы Вы знали, что: участие в этом исследовании является добровольным; вы можете отказаться от участия в исследовании или выйти из него в любое время; в любом случае вам не будет отказано в том, на что Вы имеете право, не будучи участником исследования; возможно, Ваше участие в исследовании не принесёт Вам дополнительной пользы, однако в результате исследования мы можем получить знания, которые в будущем принесут пользу другим людям; у некоторых людей могут быть личные, религиозные или другие взгляды, которые затрудняют участие в исследовании, если у Вас есть такие взгляды, пожалуйста, обсудите их; прежде чем Вы дадите согласие на участие в исследовании, не спеша, обсудите всё с любым сотрудником данной поликлиники или со своими друзьями, родственниками или другими специалистами.

1. НАЗВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи.

2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценить деятельность медицинских сестер расширенной практики, на уровне первичной медико-санитарной помощи.

3. ОПИСАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

В нашем исследовании будет использован метод полуструктурированного интервью. Метод полуструктурированное интервью представляет собой разговор с респондентом. Беседа проводится по заранее спланированному сценарию. Применяемые методики интервью располагают участников к долгим рассуждениям по интересующему исследователя кругу вопросов. Время проведения интервью – от 30 до 60 минут. Метод полуструктурированное интервью подразумевает собой получение от участника развернутых рассуждений, а не коротких анкетных ответов. Задача модератора интервью – выявить настоящее отношение участника к актуальному вопросу.

Для проведения интервью нами были составлены вопросы, которые позволят собрать всю ценную с точки зрения критериев качественного исследования информацию. Полуструктурированное интервью включают вопросы, касающиеся социально-демографического статуса, объема и характера работы, готовности самостоятельного выполнения тех или иных медицинских услуг. Все ответы будут записаны дословно на диктофон и документированы в Microsoft Word. После интервью все записи будут распечатаны для дальнейшего анализа.

4. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ/ВОЗМОЖНЫЕ РАСХОДЫ:

Со стороны испытуемого для участия в исследовании расходов не будет.

Оплата испытуемым за участие в исследовании не предусмотрена.

5. ПРЕДСКАЗУЕМЫЕ РИСКИ И НЕУДОБСТВА: нет

6. ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА: участие в исследовании внесет вклад в разработку индикаторов качества сестринского приема, который в свою очередь приведет к улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

7. АЛЬТЕРНАТИВЫ К УЧАСТИЮ В ИССЛЕДОВАНИИ:

В исследовании не будут использоваться никакие методы лечения

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ:

Информация о Вашем участии в исследовании является конфиденциальной. Мы гарантируем, что Ваше имя не будет указано при публикации результатов исследования. Информация, полученная в результате этого исследования, считается конфиденциальной и будет храниться в надлежащих условиях, предусмотренных законом. Однако, эти материалы исследования и Ваша личная медицинская документация могут быть доступны для проверок официальными инстанциями.

9. КОНТАКТНЫЕ ЛИЦА:

Если у Вас возникают проблемы или вопросы, касающиеся данного исследования, Ваших прав как участника исследования или вреда от исследования, обратитесь к Главному исследователю: Достановой Жанар Анатольевне, +7 (775) 567 80 00. Вы можете также позвонить тому (той), кто будет представлять Ваши

интересы в том, что касается исследования.

СОГЛАСИЕ УЧАСТНИКА

Я прочел (прочла) описание данного исследования.

Мне была представлена возможность, обсудить его и задать вопросы.

Настоящим я выражаю свое согласие на участие в данном исследовании.

ФИО участника _____

Подпись участника _____

Дата _____

ФИО исследователя _____

Подпись исследователя _____

Дата _____

ФОРМА А-3.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ УЧАСТНИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Организация (спонсор): НАО Западно - Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова

Исследовательский центр: Городские поликлиники №3 г.Актобе, №5 г.Алматы, №5 г.Астана.

Название исследования: Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Дата последней экспертизы, проведенной ЛКБ: впервые

Дата одобрения последних поправок к протоколу исследования: впервые

Мы приглашаем Вас к участию в научном исследовании, проводимому в Западно - Казахстанском медицинском университете им. Марата Оспанова.

Мы приглашаем именно Вас, потому что Вы были на приеме у медсестры.

Мы хотим, чтобы Вы знали, что: участие в этом исследовании является добровольным; вы можете отказаться от участия в исследовании или выйти из него в любое время; в любом случае вам не будет отказано в том, на что Вы имеете право, не будучи участником исследования; возможно, Ваше участие в исследовании не принесёт Вам дополнительной пользы, однако в результате исследования мы можем получить знания, которые в будущем принесут пользу другим людям; у некоторых людей могут быть личные, религиозные или другие взгляды, которые затрудняют участие в исследовании, если у Вас есть такие взгляды, пожалуйста, обсудите их, прежде чем Вы дадите согласие на участие в исследовании, не спеша, обсудите всё с любым сотрудником данной поликлиники или со своими друзьями, родственниками или другими специалистами.

1.НАЗВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи.

2.ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценить деятельность медицинских сестер расширенной практики, на уровне первичной медико-санитарной помощи.

3.ОПИСАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

В нашем исследовании будет проведено одномоментное поперечное исследование (анкетирование пациентов). Нами была разработана анкета, которая состоит из 21 вопроса с предложенными вариантами ответов, в структуре которой можно выделить два блока. Первый блок – социально-демографического сведения о респонденте. Второй блок содержит вопросы, определяющие удовлетворенность пациентов качеством сестринского приема. Задачи исследователя, участвующего в исследовании: полные, точные ответы на вопросы.

Ожидаемая продолжительность участия в исследовании: 20-25 минут.

4. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ/ВОЗМОЖНЫЕ РАСХОДЫ:

Со стороны испытуемого для участия в исследовании расходов не будет.

Оплата испытуемым за участие в исследовании не предусмотрена.

5. ПРЕДСКАЗУЕМЫЕ РИСКИ И НЕУДОБСТВА: нет

6. ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА: участие в исследовании внесет вклад в разработку чек-листа самостоятельного сестринского приема, который в свою очередь приведет к улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

7. АЛЬТЕРНАТИВЫ К УЧАСТИЮ В ИССЛЕДОВАНИИ:

В исследовании не будут использоваться никакие методы лечения

8.КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ:

Информация о Вашем участии в исследовании является конфиденциальной. Мы гарантируем, что Ваше имя не будет указано при публикации результатов исследования. Информация, полученная в результате этого исследования, считается конфиденциальной и будет храниться в надлежащих условиях, предусмотренных законом. Однако, эти материалы исследования и Ваша личная медицинская документация могут быть доступны для проверок официальными инстанциями.

9.КОНТАКТНЫЕ ЛИЦА:

Если у Вас возникают проблемы или вопросы, касающиеся данного исследования, Ваших прав как участника исследования или вреда от исследования, обратитесь к Главному исследователю: Достановой Жанар Анатольевне, +7 (775) 567 80 00. Вы можете также позвонить тому (той), кто будет представлять Ваши

интересы в том, что касается исследования.

СОГЛАСИЕ УЧАСТНИКА

Я прочел (прочла) описание данного исследования.

Мне была представлена возможность, обсудить его и задать вопросы.

Настоящим я выражаю свое согласие на участие в данном исследовании.

ФИО участника _____

Подпись участника _____

Дата _____

ФИО исследователя _____

Подпись исследователя _____

Дата _____

ФОРМА А-3.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ УЧАСТНИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Организация (спонсор): НАО Западно - Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова

Исследовательский центр: Городские поликлиники №3 г.Актобе, №5 г.Алматы, №5 г.Астана.

Название исследования: Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Дата последней экспертизы, проведенной ЛКБ: впервые

Дата одобрения последних поправок к протоколу исследования: впервые

Мы приглашаем Вас к участию в научном исследовании, проводимому в Западно - Казахстанском медицинском университете им. Марата Оспанова.

Мы приглашаем именно Вас, потому что Вы являетесь специалистом в этой области.

Мы хотим, чтобы Вы знали, что: участие в этом исследовании является добровольным; вы можете отказаться от участия в исследовании или выйти из него в любое время; в любом случае вам не будет отказано в том, на что Вы имеете право, не будучи участником исследования; возможно, Ваше участие в исследовании не принесёт Вам дополнительной пользы, однако в результате исследования мы можем получить знания, которые в будущем принесут пользу другим людям; у некоторых людей могут быть личные, религиозные или другие взгляды, которые затрудняют участие в исследовании, если у Вас есть такие взгляды, пожалуйста, обсудите их; прежде чем Вы дадите согласие на участие в исследовании, не спеша, обсудите всё с любым сотрудником данной поликлиники или со своими друзьями, родственниками или другими специалистами.

1.НАЗВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: Разработка окончательного содержания чек-листа оценки деятельности медсестры расширенной практики.

2.ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Оценить деятельность медицинских сестер расширенной практики, на уровне первичной медико-санитарной помощи.

3.ОПИСАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Для разработки окончательного содержания чек-листа оценки деятельности медсестры расширенной практики был использован метод Дельфи (Delphi method), представляющий собой итеративный процесс сбора и анализа мнений экспертов с целью достижения консенсуса. Данный метод включает несколько последовательных этапов:

Определение проблемы и целей

Формирование экспертной группы

Первый раунд опроса. (В первом раунде опроса экспертам был предложен предварительный чек-лист для оценки, составленный на основе анализа литературы и нормативных документов. Каждый эксперт проводил независимую оценку значимости каждого критерия, предлагал дополнения, изменения и уточнения).

Анализ и обработка ответов

Второй и последующие раунды. (Во втором и последующих раундах экспертам предлагался пересмотренный вариант чек-листа с указанием средних оценок и обоснований изменений).

Раунды продолжались до достижения согласия

Достижение консенсуса

Финализация чек-листа

4. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ/ВОЗМОЖНЫЕ РАСХОДЫ:

Со стороны испытуемого для участия в исследовании расходов не будет.

Оплата испытуемым за участие в исследовании не предусмотрена.

5. ПРЕДСКАЗУЕМЫЕ РИСКИ И НЕУДОБСТВА: нет

6. ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА: участие в исследовании внесет вклад в разработку чек-листа для оценки деятельности медсестры расширенной практики, который в свою очередь приведет к улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

7. АЛЬТЕРНАТИВЫ К УЧАСТИЮ В ИССЛЕДОВАНИИ:

В исследовании не будут использоваться никакие методы лечения

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ:

Информация о Вашем участии в исследовании является конфиденциальной. Мы гарантируем, что Ваше имя не будет указано при публикации результатов исследования. Информация, полученная в результате этого исследования, считается конфиденциальной и будет храниться в надлежащих условиях, предусмотренных законом. Однако, эти материалы исследования и Ваша личная медицинская документация могут быть доступны для проверок официальными инстанциями.

9. КОНТАКТНЫЕ ЛИЦА:

Если у Вас возникают проблемы или вопросы, касающиеся данного исследования, Ваших прав как участника исследования или вреда от исследования, обратитесь к Главному исследователю: Достановой Жанар Анатольевне, +7 (775) 567 80 00. Вы можете также позвонить тому (той), кто будет представлять Ваши интересы в том, что касается исследования.

СОГЛАСИЕ УЧАСТНИКА

Я прочел (прочла) описание данного исследования.

Мне была представлена возможность, обсудить его и задать вопросы.

Настоящим я выражаю свое согласие на участие в данном исследовании.

ФИО участника _____

Подпись участника _____

Дата _____

ФИО исследователя _____

Подпись исследователя _____

Дата _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Опросник для медицинских сестер

УВАЖАЕМЫЙ РЕСПОНДЕНТ! Западно-Казахстанский медицинский университет имени М.Оспанова проводит интервью с медицинскими сестрами в рамках научно-технического проекта, направленная на изучения работы медицинской сестры самостоятельного приема и разработка индикаторов качества на уровне ПМСП. Опрос носит анонимный характер, все полученные данные будут использоваться только в обобщенном виде. Благодарим Вас за согласие принять участие в нашем исследовании!

1. Пол респондента: Мужской Женский
2. Ваш возраст
3. Ваш общий стаж работы в должности медицинской сестры _____, стаж работы в должности медицинской сестры расширенной практики
4. Ваше _____ образование _____ и _____ квалификационная _____ категория:

-
5. Из каких источников чаще всего пациенты узнают о самостоятельном сестринском приеме?
 6. Какие основные функциональные обязанности выполняют медицинские сестры на самостоятельном приеме?
 7. Используете ли вы 5 этапов сестринского процесса в своей практике?
 8. Знаете ли вы что такое «сестринский диагноз»? Используете ли вы международную классификацию сестринских диагнозов?
 9. Сколько по времени занимает прием одного пациента?
 10. С какими трудностями или проблемами вы сталкиваетесь во время приема?
 11. Как часто вы обращаетесь к врачу за помощью во время приема? Чаще всего с какими вопросами?
 12. Как вы считаете достаточно ли у вас знаний и умений для того чтобы вести самостоятельный прием? Если нет, то каких знаний и умений недостаточно?
 13. Расскажите о положительных и отрицательных сторонах самостоятельного приема?
 14. С какими программами и модулями в медицинской информационной системе вы работаете, выполняя самостоятельный прием?
 15. Как пациенты относятся к самостоятельному сестринскому приему?
 16. Как оценивается качество вашей работы?
 17. Удовлетворяет ли Вас условия работы? Если НЕТ, то перечислите причины неудовлетворённости вашей работы.
 18. Ваши предложения по улучшению организации работы медицинской сестры самостоятельного приема:

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета для пациентов

Таблица В.1 – Анкета

1	Ваш возраст	_____полных лет
1	2	3
2	Пол	1.мужской 2.женский
3	Уровень образования	1.незаконченное среднее 2.среднее 3.среднее специальное 4.высшее
4	Семейное положение	1.женат/замужем 2.вдовец/вдова 3.разведен/разведена 4.не состоял(а) в браке
5	Социальный статус	1.рабочий (-ая) 2.служащий (-ая) 3.учащийся (-ая) 4.военнослужащий (-ая) 5.предприниматель 6.пенсионер 7.домохозяйка 8.безработный (-ая)
6	Знаете ли Вы о «Самостоятельном сестринском приеме»?	1.да 2.нет
7	От кого вы узнали о «Самостоятельном сестринском приеме»?	1.от врача 2.от медсестры 3.от родственников, друзей 4.call-center 5.от специалистов регистратуры
8	Как часто вы посещаете медсестру самостоятельного приема?	1.регулярно 2.редко 3.крайне редко
9	Какова цель вашего обращения в кабинет «Самостоятельного сестринского приема»?	1.профилактический осмотр 2.скрининг 3.получение льготных лекарств (выписка рецептов) 4.динамическое наблюдение (Д-учет) 5.получение справки 6.другие причины _____ _____ _____
10	Как вы записались к медсестре самостоятельного приема?	1.живая очередь 2.по телефонному звонку от медсестры 3.через приложение Datumed/Egov
11	Как долго вы ожидали прием медсестры?	1.не более 5-10 минут 2.от 10-30 минут 2.более 1 часа
12	Как изменилось Ваше самочувствие после сестринского приема/вмешательства?	1.улучшилось 2.не изменилось 3.ухудшилось
13	Как Вы считаете необходим ли сестринский прием в поликлинике?	1.необходим 2.нет необходимости
14	Контролирует ли медсестра динамику Вашего лечения?	1.да, 2.нет

Продолжение таблицы В.1

1	2	3
15	Если ДА, то каким образом?	1.повторно приглашает на прием 2.активно посещает на дому 3.выясняет о состоянии здоровья по телефону
16	Удовлетворены ли Вы работой медсестры самостоятельного приема?	1.да 2.нет
17	Если Вы не довольны работой медсестры самостоятельного приема, отметьте причину Вашего недовольства?	1. излишняя поспешность в работе 2. недостаточное внимание к пациентам 3. нетактичное обращение с пациентами 4. не может расположить к себе пациента 5. не достаточно знаний в своей работе 6. другие причины _____ _____ _____ _____
18	Понятны ли Вам рекомендации медсестры о профилактике и возможных осложнениях при вашем заболевании?	1.да 2.не совсем 3.нет 4.не давала рекомендаций
19	Проводит ли медсестра осмотр и оценку вашего общего состояния?	1.да 2.нет
20	Если ДА, достаточно ли задает вопросы медсестра для оценки вашего общего состояния?	1.достаточно 2.не совсем достаточно 3.недостаточно 4.не задает вопросов
21	Пожалуйста, оцените работу медсестры самостоятельного приема по пятибалльной шкале	(1 - минимальная удовлетворенность; 5 - максимальная) 1 2 3 4 5
22	Ваши пожелания и предложения для улучшения качества самостоятельного сестринского приема!	

ПРИЛОЖЕНИЕ Г
Свидательства авторского права



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ
№ 40387 от «10» ноября 2023 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
ДОСТАНОВА ЖАНАР АНАТОЛЬЕВНА, ЕРМУХАНОВА ЛЮДМИЛА СЕРГЕЕВНА, ТАУШАНОВА
МАИЯ КАРИБАЕВНА, АБДИКАДИРОВА ИНДИРА ТЕМИРХАНОВНА, СУЛТАНОВА ГУЛЬНАР
ДАСТАНОВНА

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: Полуструктурированное интервью для медицинских сестер самостоятельного приема
на уровне первичной медико-санитарной помощи

Дата создания объекта: 09.11.2023





Адрес: www.kazpatent.kz Контакт:
Адрес электронной почты: beta@kazpatent.kz info@kazpatent.kz
Подлинность документа и достоверность данных, содержащихся
в разделе «Авторское право», подтверждается электронно-цифровой подписью

Подписано с ЭЦП

Е. Оспанов

КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

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

№ 31620 от «6» января 2023 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
ДОСТАНОВА ЖАНАР АНАТОЛЬЕВНА, ЕРМУХАНОВА ЛЮДМИЛА СЕРГЕЕВНА, ТАУШАНОВА
МАИЯ КАРИБАЕВНА, АБДИКАДИРОВА ИНДИРА ТЕМИРХАНОВНА, СУЛТАНОВА ГУЛЬНАР
ДАСТАНОВНА

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: Анкета : "Изучение мнения удовлетворенности пациентов самостоятельным
сестринским приемом на уровне ПМСП"

Дата создания объекта: 05.01.2023



Адрес официального сайта: www.kazpatent.kz
Адрес электронной почты: certificates@kazpatent.kz, info@kazpatent.kz

Подлинник свидетельства находится в государственном архиве
в разделе «Авторское право» по адресу: kazpatent.kz

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов

КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

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

№ 57288 от «28» апреля 2025 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ав):

ДОСТАНОВА ЖАНАР АНАТОЛЬЕВНА, ЕРМУХАНОВА ЛЮДМИЛА СЕРГЕЕВНА

Вид объекта авторского права: **произведение литературы**

Название объекта: **Чек-лист оценки деятельности мастелстры расширенной практики на самостоятельном приеме**

Дата создания объекта: **25.04.2025**



Адрес: www.kazpatent.kz (базисный)
Адрес: www.kazpatent.kz (базисный)

Подлинность документа и достоверность сведений, содержащихся в нем, удостоверяется
в разделе «Авторское право» на www.kazpatent.kz

Подписано ЭЦП

С. Ахметов

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Акты внедрения

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебно-воспитательной работе
ЗКМУ им. Марата Оспанова
Абенова Н.А.
20.10.24 г.

АКТ внедрения по учебно-методической работе

№ 2 20.10.24 г.

Основание: Кафедральное заседание кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения», протокол №3, 29.10.2024 г.

Место проведения: Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, кафедра «Общественного здоровья и здравоохранения»

Наименование нововведения: Тема практического занятия: «Организация и ведение самостоятельного сестринского приема в условиях первичной медико-санитарной помощи».

Содержание внедрения: Включение темы практического занятия в syllabus «Сестринское дело в первичной медико-санитарной помощи» по образовательной программе «Сестринское дело» 2 курс (бакалавриат), 2 курс (на базе технического и профессионального образования), 1 курс (на базе послесреднего образования).

Работа выполнена: В рамках докторской диссертации Достановой Ж.А. на тему «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи».

Образовательная программа: «Сестринское дело»

Дисциплина: «Сестринское дело в первичной медико-санитарной помощи»

Сроки внедрения: 2024-2025 гг.

Эффективность внедрения: способствует подготовке компетентных специалистов, готовых эффективно работать в современных условиях здравоохранения, повышению качества медицинской помощи, улучшению здоровья населения, а также развитию сестринской науки.

Предложения, замечания, осуществляющего внедрение: включить эти темы в дисциплину по сестринскому делу.

Руководитель кафедры:

Ермуханова Л.С.

Исполнитель:

Достанова Ж.А.

СОГЛАСОВАНО
руководитель ДАР

Алекеева Н.У.

ПНЧО ЗКМУ 708-07-2022. Оқу әдістемелік жүйесі бойынша әзірленген актісі Жетпінгі бесілім.
© ПРО ЗКМУ 708-07-2022. Акт внедрения по учебно-методической работе. Издание седьмое.

СОГЛАСОВАНО
Руководитель областного управления
здравоохранения Актобинской области

Султангереев Е.Б.

2025г.

СОГЛАСОВАНО
Проректор по стратегическому развитию,
науче и международному сотрудничеству

Член Правления ЗКМУ имени М.Оспанова

Г.А. Журабеков

2025г.

АКТ № 15

внедрения научно-исследовательской работы

ГКП «Городская поликлиника №1» на ПХВ ГУ «Управление здравоохранения Актобинской области»

Наименование предложения: Внедрение инструмента (чек-лист) для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Работа внедрена в рамках выполнения докторской диссертации на соискание степени PhD на тему «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи»

Форма внедрения: методические рекомендации

Чек-лист направлен на повышение качества и безопасности медицинской помощи, а также на стандартизацию деятельности медицинских сестер расширенной практики и снижение риска профессиональных ошибок при осуществлении самостоятельного приема. Методические рекомендации предназначены для медицинских сестер расширенной практики, которые ведут самостоятельный прием, а также для руководителей среднего медицинского персонала и контролирующих органов (старших медицинских сестер, специалистов по контролю качества медицинской помощи), осуществляющих оценку сестринских услуг на приеме.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач - Лепесова Г.Ж., главная медсестра - Урякова Б.П., научный консультант – к.м.н. ассоц. профессор Ермуханова Л.С., докторант Достанова Ж.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чек-листа способствует стандартизации рабочих процессов, структурированию деятельности медицинских сестер, снижению вероятности ошибок, повышению уровня профессиональной ответственности, качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендуются внедрить чек-лист в практику медицинских сестер для оценки их профессиональной деятельности на самостоятельном приеме.

Срок внедрения: май, 2025 год

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

Главная медсестра

К.м.н. ассоц. профессор, руководитель

кабинета общественного здоровья и здравоохранения

Исполнитель

Докторант ЗКМУ им.М. Оспанова

Лепесова Г.Ж.

Урякова Б.П.

Ермуханова Л.С.

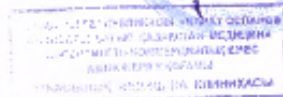
Достанова Ж.А.

П ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Ғылыми-зерттеу жұмысын есептеу акті. Аталғаны бағылым.

Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

СОГЛАСОВАНО
Руководитель областного управления
здравоохранения Актобинской области

Султангереев Е.Б.
04.06.2025г.



СОГЛАСОВАНО
и.о. Проректор по стратегическому развитию,
науке и международному сотрудничеству
Член Правления ЗКМУ имени М.Оспанова
Д.М. Муски
04.06.2025г.



АКТ № 66

внедрения научно-исследовательской работы Клиника семейной медицины ЗКМУ им. Марата Оспанова

Наименование предложения: Внедрение инструмента (чек-лист) для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Работа внедрена в рамках выполнения докторской диссертации на соискание степени PhD на тему «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи»

Форма внедрения: методические рекомендации

Чек-лист направлен на повышение качества и безопасности медицинской помощи, а также на стандартизацию деятельности медицинских сестер расширенной практики и снижение риска профессиональных ошибок при осуществлении самостоятельного приема. Методические рекомендации предназначены для медицинских сестер расширенной практики, которые ведут самостоятельный прием, а также для руководителей среднего медицинского персонала и контролирующих органов (старших медицинских сестер, специализирован по контролю качества медицинской помощи), осуществляющих оценку сестринских услуг на приеме.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач - Тулкибасова Б.М., главная медсестра - Шокуптова З.Ш., научный консультант - к.м.н, ассист. профессор Ермуханова Л.С., докторант - Достанова Ж.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чек-листа способствует стандартизации рабочих процессов, структурированию деятельности медицинских сестер, снижению вероятности ошибок, повышению уровня профессиональной ответственности, качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендуется внедрить чек-лист в практику медицинских сестер для оценки их профессиональной деятельности на самостоятельном приеме.

Срок внедрения: май, 2025 год

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

Главная медсестра

К.м.н, ассист. профессор, руководитель

кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Исполнитель

Докторант ЗКМУ им.М. Оспанова



Тулкибасова Б.М.

Шокуптова З.Ш.

Ермуханова Л.С.

Достанова Ж.А.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Подпись-сертификат жүйелік енгізу акті. Ағылшын баспаты.

Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое

СОГЛАСОВАНО
Руководитель областного управления
здравоохранения Актыбьинской области
Султангерсая Е.Б.
04 2025г.



СОГЛАСОВАНО
и.о. Проректор по стратегическому развитию,
науке и международному сотрудничеству
Член Правления ЗКМУ имени М.Оспанова
Н.М. Мусия
04 06 2025г.



АКТ № 64

внедрения научно-исследовательской работы
ГКП «Городская поликлиника №4» на ПХВ ГУ «Управление здравоохранения Актыбьинской области»

Наименование предложения: Внедрение инструмента (чек-лист) для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме

Работа внедряется в рамках выполнения докторской диссертации на соискание степени PhD на тему «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи»

Форма внедрения: методические рекомендации

Чек-лист направлен на повышение качества и безопасности медицинской помощи, а также на стандартизацию деятельности медицинских сестер расширенной практики и снижение риска профессиональных ошибок при осуществлении самостоятельного приема. Методические рекомендации предназначены для медицинских сестер расширенной практики, которые ведут самостоятельный прием, а также для руководителей среднего медицинского персонала и контролирующих органов (старших медицинских сестер, специалистов по контролю качества медицинской помощи), осуществляющих оценку сестринских услуг на приеме.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач - Нуртазин М.М., главная медсестра - Бубнова Ш.Т., научный консультант - к.м.н. ассоц. профессор Ермухапова Л.С., докторант - Достанова Ж.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чек-листа способствует стандартизации рабочих процессов, структурированию деятельности медицинских сестер, снижению вероятности ошибок, повышению уровня профессиональной ответственности, качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендуется внедрить чек-лист в практику медицинских сестер для оценки их профессиональной деятельности на самостоятельном приеме.

Срок внедрения: май, 2025 год

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

Главная медсестра

К.м.н. ассоц. профессор, руководитель
кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Исполнитель

Докторант ЗКМУ им.М. Оспанова



Нуртазин М.М.

Бубнова Ш.Т.

Ермухапова Л.С.

Достанова Ж.А.

Н ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Ғылым-зерттеу жұмысын ендіру акті. Алтыншы баспалық.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акті внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

СОГЛАСОВАНО
Руководитель областного управления
здравоохранения Актыобинской области
Султангерсая Е.Б.
04.06.2025г.

СОГЛАСОВАНО
и.о. Проректор по стратегическому развитию,
науке и международному сотрудничеству
Члех Навалезия ЗКМУ имени М.Оспанова
Н.М. Мусия
04.06.2025г.

АКТ № 58

внедрения научно-исследовательской работы

ГКП «Городская поликлиника №3» п/я ЦХВ ГУ «Управление здравоохранения Актыобинской области»

Наименование предложения: Внедрение инструмента (чек-лист) для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Работа внедрена в рамках выполнения докторской диссертации на соискание степени PhD на тему «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи»

Форма внедрения: методические рекомендации

Чек-лист направлен на повышение качества и безопасности медицинской помощи, а также на стандартизацию деятельности медицинских сестер расширенной практики и снижение риска профессиональных ошибок при осуществлении самостоятельного приема. Методические рекомендации предназначены для медицинских сестер расширенной практики, которые ведут самостоятельный прием, а также для руководителей среднего медицинского персонала и контролирующих органов (старших медицинских сестер, специалистов по контролю качества медицинской помощи), осуществляющих оценку сестринских услуг на приеме.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач - Нармухамедов Ж.К., главная медсестра - Мажекснова А.М., научный консультант - к.м.н, асс. профессор Ермуханова Л.С., докторант - Достанова Ж.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чек-листа способствует стандартизации рабочих процессов, структурированию деятельности медицинских сестер, снижению вероятности ошибок, повышению уровня профессиональной ответственности, качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендуется внедрить чек-лист в практику медицинских сестер для оценки их профессиональной деятельности на самостоятельном приеме.

Срок внедрения: май, 2025 год

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

Главная медсестра

К.м.н, асс. профессор, руководитель
кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Исполнитель

Докторант ЗКМУ им. М. Оспанова



Нармухамедов Ж.К.

Мажекснова А.М.

Ермуханова Л.С.

Достанова Ж.А.

Н ПРО БКМУ 605-03-2020. Ғылым-зерттеу жұмысын өңдеу акті. Алтыншы басылым.
Ф ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое

СОГЛАСОВАНО
Руководитель областного управления
здравоохранения Актобской области
Кутангерсая Е.Б.
2025г.

СОГЛАСОВАНО
и.о.Проректор по стратегическому развитию,
науке и международному сотрудничеству
Член Правления ЗКМУ им.М.Оспанова
Н.М. Мусин
2025г.

АКТ № 69

внедрения научно-исследовательской работы

ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ ГУ «Управление здравоохранения Актобской области»

Наименование предложения: Внедрение инструмента (чек-лист) для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Работа внедрена в рамках выполнения докторской диссертации на соискание степени PhD на тему «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи»

Форма внедрения: методические рекомендации

Чек-лист направлен на повышение качества и безопасности медицинской помощи, а также на стандартизацию деятельности медицинских сестер расширенной практики и снижение риска профессиональных ошибок при осуществлении самостоятельного приема. Методические рекомендации предназначены для медицинских сестер расширенной практики, которые ведут самостоятельный прием, а также для руководителей среднего медицинского персонала и контролирующих органов (старших медицинских сестер, специалистов по контролю качества медицинской помощи), осуществляющих оценку сестринских услуг на приеме.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач - Кабиева Л.И., главная медсестра - Тлеугалиева З.Д., научный консультант – к.м.н, assoc. профессор Ермуханова Л.С., докторант - Достанова Ж.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чек-листа способствует стандартизации рабочих процессов, структурированию деятельности медицинских сестер, снижению вероятности ошибок, повышению уровня профессиональной ответственности, качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендуются внедрить чек-лист в практику медицинских сестер для оценки их профессиональной деятельности на самостоятельном приеме.

Срок внедрения: май, 2025 год

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

Главная медсестра

К.м.н, assoc. профессор, руководитель
кабинета общественного здоровья и здравоохранения

Исполнитель

Докторант ЗКМУ им.М. Оспанова

Кабиева Л.И.

Тлеугалиева З.Д.

Ермуханова Л.С.

Достанова Ж.А.

И ПРО ЗКМУ 605-03-2020 Рылымбеттеу жумысын ескірікті. Алтынпы басылды.
И ПРО ЗКМУ 605-03-2020. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание шестое.

АКТ № 70
внедрения научно- исследовательской работы
ГКП на ПХВ "Городская поликлиника № 5" акимата города Астаны

Наименование предложения: Внедрение инструмента (чек-лист) для оценки деятельности медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Работа внедрена в рамках выполнения докторской диссертации на соискание степени PhD на тему «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи»

Форма внедрения : методические рекомендации

Чек-лист направлен на повышение качества и безопасности медицинской помощи, а также на стандартизацию деятельности медицинских сестёр расширенной практики и снижение риска профессиональных ошибок при осуществлении самостоятельного приёма. Методические рекомендации предназначены для медицинских сестер расширенной практики, которые ведут самостоятельный прием, главных медицинских сестер, осуществляющих оценку сестринских услуг на приеме.

Ответственный за внедрение и исполнитель: главный врач Табулдина А.Ж., главная медсестра - Абенова К.Т. научный консультант – к.м.н, ассоц. профессор Ермуханова Л.С., докторант Достанова Ж.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чек-листа способствует стандартизации рабочих процессов, структурированию деятельности медицинских сестёр, снижению вероятности ошибок, повышению уровня профессиональной ответственности, качества медицинской помощи и удовлетворённости пациентов.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендуются внедрить чек-лист в практику медицинских сестёр для оценки их профессиональной деятельности на самостоятельном приёме.

Срок внедрения : май, 2025 год

Председатель комиссии

Главный врач

Члены ответственные за внедрение

Главная медсестра

К.м.н, ассоц. профессор, руководитель

кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Исполнитель

Докторант ЗКМУ им.М. Оспанова



Табулдина А.Ж.

Абенова К.Т.

Ермуханова Л.С.

Достанова Ж.А.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Оценочный лист для экспертов

Оценочный лист

Уважаемый Эксперт, приглашаем Вас принять участие в исследовании с целью разработки чек-листа оценки качества работы медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

Просим Вас оценить каждый пункт чек-листа по 5 -балльной шкале Лайкерта.

Опрос проводится анонимно. Свою фамилию и имя указывать не надо.

Заранее выражаем Вам благодарность за сотрудничество.

Таблица Е.1 – Оценочный лист для экспертов

Критерии	1б полностью не согласен	2б не согласен	3б затрудняюсь ответить	4б согласен	5б полностью согласен	Примечание
1	2	3	4	5	6	7
1.Личностные компетенции.						
Знания и соблюдения НПА						
Соблюдение принципов профессиональной этики						
На регулярной основе повышение уровня квалификации путем посещения семинаров, конференций, курсов и т.п.						
2.Ведение самостоятельного приема пациентов с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями в пределах своей компетенции, в том числе состоящих на динамическом наблюдении. Организация сестринского процесса.						
Проводит самостоятельный прием пациентов с распространенными заболеваниями						
Проведение идентификации пациента						
Оформление информированного согласия пациента или его законного представителя на получение медицинской помощи						
Сестринское обследование в пределах компетенции (субъективное обследование: сбор информации о состоянии здоровья пациента, жалобы)						

Продолжение таблицы Е.1

1	2	3	4	5	6	7
Объективный осмотр пациента (измерение пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, роста, веса, окружности талии, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, включая осмотр стоп с определением тактильной и болевой чувствительности)						
Установление проблем пациента и составление предварительного сестринского диагноза в соответствии с классификатором сестринских диагнозов						
Составление плана независимых или взаимозависимых сестринских вмешательств						
Выписка рецептов на лекарственные препараты для продолжения лечения согласно записи врача о назначении курса АЛО						
Направление при необходимости пациента на консультацию к врачу общей практики или профильному специалисту						
3. Обучение пациента и/или семьи.						
Организация и контроль обучения пациента и членов семьи процедурам общего ухода и управлению заболеванием						
4. Организация, осуществление мероприятий для укрепления здоровья и профилактики заболеваний.						
Индивидуальное консультирование пациентов для укрепления здоровья и профилактики заболеваний на уровне ПМСП.						
5. Оказание доврачебной помощи.						
Умение оказать сестринскую и доврачебную медицинскую помощь						
6. Ведение медицинской документации (Наличие, полнота, своевременность, качество ведения)						
Внесение результатов запланированного приема в МИС						
Наличие и заполнение паспорта участка						

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Чек-лист

Чек-лист оценки деятельности медсестры
расширенной практики на самостоятельном приеме

Таблица Ж.1 – Чек лист

Критерий	1	0,5	0	Примечание
1	2	3	4	5
1. Ведение самостоятельного приема пациентов. Организация сестринского процесса.				
1.1. Проведение идентификации пациента	☐	☐	☐	
1.2. Оформление информированного согласия пациента или его законного представителя на получение медицинской помощи	☐	☐	☐	
1.3. Сестринское обследование в пределах компетенции (субъективное обследование: сбор информации о состоянии здоровья пациента, жалобы)	☐	☐	☐	
1.4. Объективный осмотр пациента (измерение пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, роста, веса, окружности талии, осмотр кожных покровов и видимых слизистых, включая осмотр стоп с определением тактильной и болевой чувствительности)	☐	☐	☐	
1.5. Установление предварительного сестринского диагноза в соответствии с классификатором сестринских диагнозов	☐	☐	☐	
1.6. Составление плана независимых или взаимозависимых сестринских вмешательств	☐	☐	☐	
1.7. Выписка рецептов на лекарственные препараты для продолжения лечения согласно записи врача о назначении курса АЛО	☐	☐	☐	
1.8. Направление при необходимости пациента на консультацию к врачу общей практики или профильному специалисту;	☐	☐	☐	
2. Динамическое наблюдение и обучение пациента и/или семьи.				
2.1. Своевременное динамическое наблюдение за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями	☐	☐	☐	
2.2. Организация и контроль обучения пациента и членов семьи процедурам общего ухода и управлению заболеванием	☐	☐	☐	
3. Организация, осуществление мероприятий для укрепления здоровья и профилактики заболеваний.				
3.1. Индивидуальное консультирование пациентов для укрепления здоровья и профилактики заболеваний на уровне ПМСП.	☐	☐	☐	
4. Оказание доврачебной помощи.				
4.1. Умение оказать сестринскую и доврачебную медицинскую помощь	☐	☐	☐	.
5. Ведение медицинской документации (Наличие, полнота, своевременность, качество ведения)				
5.1. Знания и соблюдения НПА	☐	☐	☐	
5.2. Внесение результатов запланированного приема	☐	☐	☐	

Продолжение таблицы Ж.1

1	2	3	4	5
в МИС				
5.3.Наличие и заполнение паспорта участка	☐	☐	☐	
6.Удовлетворённость пациентов услугами МРП после приема.				
6.1.Наличие и анализ проведенного анкетирования пациентов	☐	☐	☐	
Общий балл за прием: 16-14 баллов - Работа выполняется в полном объеме; 14-10 баллов – Работа выполняется в недостаточном объеме; 9-0 баллов - Работа выполняется в минимальном объеме.				