

АННОТАЦИЯ

на диссертационную работу Достановой Жанар Анатольевны на тему: «Оценка деятельности медицинской сестры расширенной практики на уровне первичной медико-санитарной помощи», представленную на соискание степени доктора (PhD) по специальности 8D10103 «Сестринская наука»

Актуальность темы 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 (Alikperova, Aksenova, and Vinogradova 2021; Н.Т. Джайнакбаев, М.А. Алдиярова 2020; Iskakova et al. 2016). Одним из инновационных подходов к решению данной задачи является внедрение медсестер расширенной практики (МРП) (Ho et al. 2021), что особенно актуально в свете дефицита врачебных кадров, роста хронических заболеваний и необходимости улучшения профилактики (Утжанова et al. 2024; Jokiniemi, Pietilä, and Mikkonen 2021; Schlunegger et al. 2023; Miranda Neto et al. 2018).

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 (Кумаров К.М., n.d.). Эта инициатива направлена на развитие профессиональной автономии медсестер, улучшение взаимодействия между медицинскими работниками и повышение эффективности лечебного процесса. Данная модель предполагает расширение функционала медицинских сестер 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 (Утепбергенова Ж.М., Калматаева Ж.А. 2016).

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 счет своевременного вмешательства и управления хроническими заболеваниями (Wong and Wong 2020; Jokiniemi, Pietilä, and Mikkonen 2021).

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.

Цель диссертационного 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 удовлетворённость 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.

Методы исследования:

- Библиографический, информационно-аналитический, исторический;
- Индуктивный контент-анализ;
- Социологический и статистический метод;
- Контент-анализ, экспертно-аналитический, статистический.

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, осуществляющие самостоятельный приём пациентов городской поликлиники №3 г.Актобе, городской поликлиники №3 г.Астана, городской поликлиники №5 г.Алматы;

- Пациенты старше 18 лет, посетившие самостоятельный сестринский прием пациентов, городской поликлиники №3 г.Актобе, городской поликлиники №3 г.Астана, городской поликлиники №5 г.Алматы;
- Профессиональная деятельность медицинской сестры расширенной практики на самостоятельном приеме.

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.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

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

Описание основных результатов исследования:

1. Анализ международного и национального опыта подготовки и профессиональной деятельности медицинских сестёр расширенной практики

выявил различия по ряду ключевых аспектов, включая уровень академической подготовки, нормативно-правовой статус, организацию самостоятельного приёма, подходы к обучению, оценке профессиональной деятельности и общественному признанию. В международной практике преобладают модели с высокой степенью автономии, юридическим признанием статуса медсестры расширенной практики, возможностью назначения лечения, наличием специализированных кабинетов и развитой системой оценки деятельности на основе клинических исходов. В условиях Казахстана наблюдается ограниченность нормативного регулирования, отсутствие стандартизированных инструментов оценки, а также потребность в повышении осведомлённости и доверия к роли медсестер расширенной практики среди медицинского сообщества и пациентов.

2. Анализ демографических характеристик участников показал, что основную часть выборки составили женщины (91%). Наибольшую долю участников составили респонденты в возрасте от 18 до 29 лет (45%). Большинство участников (77%) имели стаж работы в должности медсестры расширенной практики менее одного года, 90% обладали высшим образованием, 10% — послевузовским.

В результате индуктивного контент-анализа были выделены ключевые темы и подкатегории: Осведомлённость населения о роли медицинской сестры самостоятельного приёма — показала, что низкая посещаемость консультаций обусловлена недостаточной информированностью пациентов о роли медсестёр расширенной практики и ограниченным уровнем доверия к их профессиональной компетентности. Адаптация рабочей среды — выявила организационные сложности: медицинские информационные системы фрагментированы и не интегрированы, а также отсутствуют отдельные кабинеты для проведения консультаций, что затрудняет выполнение расширенных функций. Уверенность медицинских сестёр в предоставлении самостоятельных консультаций — отразила внутренние профессиональные затруднения: недостаточную подготовку в области фармакологии, трудности с постановкой сестринского диагноза и отсутствие чётких критериев оценки качества их деятельности.

3. Проведён анализ социо-демографических характеристик пациентов, посещающих самостоятельный сестринский приём. На основе полученных данных был сформирован обобщённый социально-демографический портрет пациента, 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%).

Осведомлённость пациентов о самостоятельном сестринском приеме. Анализ уровня информированности пациентов о самостоятельном сестринском приёме показал, что среди регулярно посещающих приём 97,1% осведомлены о данной услуге, тогда как среди редко обращающихся — 86,9% ($p < 0,006$).

Основным источником информации у обеих групп выступают врачи (51,5% у регулярно посещающих против 32,8% у редко посещающих, $p = 0,006$) и сами медсёстры (50,8% и 52,5% соответственно, без статистически значимых различий).

Организационные аспекты самостоятельного сестринского приёма.

Организационные аспекты самостоятельного сестринского приёма показали, что пациенты, регулярно посещающие приём, чаще обращаются за получением рецептов (88,7% против 52,5%), динамическим наблюдением (74,6% против 37,7%) и профилактическими осмотрами (60,3% против 29,5%), ($p = 0,001$). Скринингом интересуются 54,8% регулярно посещающих и 23,0% редко посещающих ($p = 0,001$). Большинство пациентов из числа регулярно посещающих поликлинику отметили, что они обращаются на прием к МРП в порядке живой очереди (77,7%), тогда как среди редко посещающих этот показатель ниже (60,7%), ($p < 0,001$). Основная часть пациентов обеих групп (55,7% против 60,7%), ($p < 0,031$) ожидали приём МРП 5–10 минут. На вопрос о необходимости сестринского приёма 99,2% и 95,1% пациентов регулярно и редко обращающихся в поликлинику признали данный прием необходимым ($p = 0,029$).

Качество проведения сестринского приема. Оценка качества проведения сестринского приёма показала, что 91,2% пациентов с регулярными визитами и 80,3% с редкими визитами отметили, что медсестра проводит осмотр и оценку состояния ($p = 0,024$); достаточность задаваемых вопросов подтвердили 97,3% и 88,5% соответственно ($p < 0,001$). Повторные приёмы чаще назначаются при регулярных визитах (89,3% против 67,2%; $p < 0,001$), тогда как визиты на дом характерны для редко посещающих (18,0% против 3,2%; $p < 0,001$). Понятность профилактических рекомендаций отметили 98,3% регулярно посещающих и 90,2% — редко ($p < 0,001$). Улучшение самочувствия указали 87,4% пациентов с регулярными визитами и 73,8% — с редкими ($p < 0,002$).

Удовлетворенность услугами медсестер расширенной практики на самостоятельном приеме. Подавляющее большинство участников обеих групп удовлетворены работой медсестры самостоятельного приёма (99,2% и 91,8%), ($p < 0,001$). Однако в группе пациентов реже посещающих приём, отмечено больше случаев неудовлетворённости. Основными причинами неудовлетворённости являются недостаточное внимание к пациентам (0,4% и 6,6%), недостаток знаний в работе знаний (0,8% и 6,6%), излишняя поспешность медсестер (1,9% и 3,3%), и неумение расположить к себе пациента (0,2% и 3,3%), ($p < 0,002$). Несмотря на это, большинство пациентов обеих групп высоко оценили работу медсестры чаще всего присваивая максимальную оценку 5 баллов (75,2% и 60,7% соответственно), ($p < 0,001$).

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. 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; $p=0,004$).

4. В рамках четвертой задачи был проведён двухраундовый опрос по методу Delphi с участием 11 экспертов (100% отклик). В результате первого раунда 15 из 23 утверждений достигли консенсуса ($>80\%$ согласия), по пунктам личностные компетенции, знания и соблюдения НПА, соблюдение принципов профессиональной этики, ведение самостоятельного приема, прием пациентов с распространенными заболеваниями, постановка сестринского диагноза, составления плана вмешательств и обучение пациента и/или семьи 80% согласованности мнений экспертов не была достигнута. После редакции, исключения четырёх пунктов без консенсуса и добавления одного нового критерия по предложению экспертов, во втором раунде окончательный чек-лист из 6 разделов и 16 подпунктов также достиг полного согласия, что позволило завершить процесс без дополнительного раунда.

Пилотирование чек-листа. В пилотном исследовании приняли участие 13 медицинских сестер расширенной практики, осуществляющие самостоятельный прием в городской поликлинике № 3 г.Актобе. 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), что указывает на вариативность качества реализации

профессиональных функций и подтверждает диагностическую ценность чек-листа.

В ходе пилотного исследования была проведена SWOT-оценка деятельности медицинских сестёр расширенной практики (МРП), выявившая как сильные, так и проблемные стороны их профессиональной деятельности.

Выявленные сильные стороны (Strengths)

- Своевременное проведение идентификации пациента и оформление информированного согласия;
- Грамотно выписывать рецепты 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.

Выявленные слабые стороны (Weaknesses)

- 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.

Возможности (Opportunities)

- 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.

Угрозы (Threats)

- 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.

Обоснование научной новизны:

- Впервые в Казахстане проведено исследование по изучению профессиональной деятельности медицинских сестёр расширенной практики на самостоятельном приёме.
- Проведена оценка уровня удовлетворённости пациентов качеством медицинских услуг, предоставляемых медицинскими сёстрами расширенной практики на самостоятельном приёме в условиях первичной медико-санитарной помощи.
- Впервые разработан чек-лист для оценки деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приёме.

Практическое значение полученных результатов:

- 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.

Личный вклад докторанта:

Представленная работа является авторским трудом Достановой Жанар Анатольевны. Заключается в разработке теоретической и методологической программы исследования, формировании цели, задач исследования, организации и проведении исследования, непосредственно участии во всех этапах исследовательской работы, статистическая обработка данных, написании разделов диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формировании положений выносимых на защиту, а также, выводов и практических рекомендаций.

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 сестёр расширенной практики, недостаточный уровень их профессиональных компетенций, ограниченность материально-технических ресурсов, а также отсутствие унифицированных критериев оценки деятельности препятствуют полноценной реализации функций медицинских сестёр 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 рекомендации.

Апробация результатов диссертации:

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

Публикации:

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

2. «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 Здоровье, 2023 5 (Т.25).

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

4. Тезис в сборнике LXIII Международная конференция: «Наука: Вчера. Сегодня. Завтра», посвященная Дню науки Казахстана, «Роль самостоятельного приема медицинских сестер в рамках новой модели сестринской службы в Казахстане: анализ влияния на качество и доступность первичной медико-санитарной помощи».

5. 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.

6.Авторское свидетельство № 31620 от 06.01.2023 г. «Изучение мнения удовлетворенности пациентов самостоятельным сестринским приемом на уровне ПМСП»

7.Авторское свидетельство № 40387 от 10.11.2023 г. «Полуструктурированное интервью для медицинских сестер самостоятельного приема на уровне первичной медико-санитарной помощи».

8.Авторское свидетельство № 57288 от 28.04.2025 года «Чек-лист оценки деятельности медсестры расширенной практики на самостоятельном приеме».

Объем и структура диссертации:

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.