

Р.А. АБЗАЛОВА¹, Р.А. ХОЖАМКУЛ^{2,3}**ЛИДЕРСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЕ ПМСП ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ БЛАГОСОСТОЯНИЯ В РАМКАХ ПРОЕКТА МИОМОС**¹Национальная Ассоциация Primary Healthcare²Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан³Казахский Национальный Университет им Аль-Фараби, Алматы, КазахстанАбзалова Р.А. – <https://orcid.org/0000-0002-4176-5689>Хожамкул Р.А. – <https://orcid.org/0000-0002-6771-7378>

Библиографиялық сілтеме:

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

Citation:

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

Библиографическая ссылка:

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

АҚМКБМ жобасы аясында әл-ауқатты жақсарту мақсатында медициналық көмектің сапасын арттыру үшін көп бейінді АМСК командасындағы мейірбике маманының көшбасшылығы және әлеуметтік рөліР.А. Абзалова¹, Р.А. Хожамкул^{2,3}¹Primary Health Care Ұлттық қауымдастығы, Астана, Қазақстан²С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан³Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан

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

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

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

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

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



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

Received/
Келін түсті/
Поступила:
12.04.2024

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
14.06.2024

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

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

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

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

R.A. Abzalova¹, R.A. Khozhamkul^{2,3}

¹Primary Health Care National Association

²Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

³Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan

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

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

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

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

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

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

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

Р.А. Абзалова¹, Р.А. Хожамкул^{2,3}

¹Национальная Ассоциация Primary Healthcare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

Методы

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

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

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

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

Анализ

Данные, собранные в ходе опроса, были

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

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

Результаты

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

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

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

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

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

Таблица 1. Командная работа специалистов сестринского дела ПМСП

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

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

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

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

Таблица 2. Координация медицинской помощи специалистами сестринского дела ПМСП

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

Таблица 3. Обучение пациентов специалистами сестринского дела ПМСП

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

Независимая практика медсестры и делегирование обязанностей врача

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

Таблица 3.1. Консультирование по изменению поведения специалистами сестринского дела ПМСП

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

Таблица 4. Независимая консультация специалистов сестринского дела

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

Проект МИОМОС и расширение прав и возможностей

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

Таблица 4.1. Делегирование задач

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

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

Обсуждение результатов

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

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

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

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

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

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

Выводы

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

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

Авторство

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

Выражение благодарности

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

Конфликт интересов

Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Список литературы:

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