

Раздел I.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 614.253.52:616-039.75.007

А.А. МАРКАБАЕВА*¹, Г.Н.АЛИБАЕВА², Д.А.ОСПАНОВА¹, HANNA HOPIA³

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования

²Казахский научный исследовательский институт онкологии и радиологии

³JAMK University of Applied Sciences, Finland

РОЛЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДСЕСТРЫ В МИРЕ (обзор)

АННОТАЦИЯ

Несмотря на принятые меры по организации лечения рака качество оказания услуг в управлении онкологическим процессом, в ближайшем будущем может быть дискредитировано из-за различных проблем. Такие факторы, как старение населения и увеличение числа выживших пациентов после рака, а также недостаток рабочей силы (медсестер) скажутся на всей онкологической службе. Основываясь на международном опыте по улучшению качества предоставляемых услуг населению онкологического профиля, необходимо принять во внимание положительные результаты по расширению рабочей силы с помощью практикующих медсестер. Роль сестринского персонала была и продолжает оставаться неотъемлемой частью оказания онкологической помощи. Со времен средневековья до сегодняшнего дня, онкологическая/паллиативная/хосписная помощь развивалась и приобрела особое значение для медсестер специализирующихся на онкологическом профиле. Суть сестринского дела направлена на уход за человеком и поддержку семьи в трудных ситуациях. Практикующая медсестра, специализирующаяся на онкологическом профиле, представляет собой необходимый и значимый инструмент в структуре формирования качественной программы онкологической службы в целом. Данная статья рассматривает различные направления онкологической специализации медицинской сестры, и их функциональные обязанности на базе стационара, районных поликлиник, паллиативной помощи, на дому.

Ключевые слова: Онкологическая медицинская сестра, медицинская сестра общей практики, роль медицинских сестер.

Качество лечения рака в ближайшем будущем может быть дискредитировано из-за проблем, связанных с различными факторами. Такие факторы, как старение населения и увеличение числа выживших пациентов после рака, а также рабочая сила скажутся на всей онкологической службе [1]. Доля людей, живущих на земле старше 60 лет к 2050 году, увеличится на 21,5% или 2,09 миллиарда человек. Это означает, что сегодняшняя молодежь станет самой большой группой пожилых людей в истории [2]. В 2016 году в Соединенных Штатах проживало более 15,5 миллионов человек, перенесших рак, и было зарегистрировано 1,7 миллиона новых диагнозов [3]. Фактор старения населения США также привел к увеличению общего числа новых диагнозов рака и смертей от рака. Онкология была основной причиной смерти в 22 штатах в 2016 году и, по прогнозам, будет догонять сердечно-сосудистые заболевания в качестве основной причины смерти к 2020 году [4].

С возрастом возникает повышенный риск развития онкологии. Пожилые составляют вклад 60% случаев онкологии и 70% случаев смерти от онкологии и в Австралии [5]. Онкология непропорционально влияет на пожилых людей, в возрастной группе старше 65 лет. В 2014 году онкология превзошла сердечно-сосудистые заболевания, чтобы стать первой причиной смертности в Австралии [6,7]. Канадцев онкология поражает в возрасте старше 50 лет: 89% всех новых случаев диагностированы у людей в этой возрастной группе. Для мужчин и женщин средний возраст диагноза рака составляет от 65 до 69 лет [8]. В Финляндии в 2013 году было обнаружено уже более 32 000 новых видов онкологических заболеваний. Это количество в три раза выше по сравнению с показателями заболеваемости в 1970-х годах. Основной причиной увеличения заболеваемости онкологии является то, что люди живут дольше, чем раньше [9]. В Казахстане на 2014 - 2016 годы число пожилых людей старше 65

* as.markabaeva@mail.ru

лет увеличилось на 25,9% [10], и заболеваемость раком и распространенность также будут увеличиваться. Хотя существуют модифицируемые факторы риска, способствующие развитию рака (например, курение, вирусная радиация и физическая активность), старение является одним из основных факторов риска [3]. Процесс старения благоприятствует двум основным процессам развития рака: приобретение мутаций и формирование молекулярной и клеточной среде, которая способствует канцерогенезу [11]. По данным Казахского научно-исследовательского института онкологии Республики Казахстан с 2016 года, зарегистрировано 164 000 пациентов с различными формами злокачественных опухолей, из которых 38 050 (23,3%) пациентов получают химиотерапию. В то же время смертность от рака снизилась на 20%. Показатель смертности от злокачественных новообразований по данным Комитета по статистике в 2016 году в республике составил 88,79 против 92,0 на 100 тыс. населения за аналогичный период 2015 года [12]. Более того, раннее выявление и улучшение лечения рака увеличило продолжительность жизни, что привело к увеличению числа выживших пациентов после рака. В настоящее время 14,5 миллиона человек имеют диагноз рак, и к 2024 году это число увеличится до 19 миллионов [13]. Учитывая расширение программ борьбы с раком, спрос на медицинские услуги будет расти. Практически это означает то, что онкологи все чаще будут иметь дело с пациентами со сложными и угрожающими жизни состояниями (развившимися в силу возраста, сопутствующей патологии и истощающихся резервов организма), многие из которых будут нуждаться в паллиативном и симптоматическом лечении. Несмотря на некоторые успехи в области профилактики и ранней диагностики онкологии, число пациентов с передовыми формами опухолевого процесса остается стабильно высоким, что составляет около 30-40% от общего числа больных онкологии [14]. Все более актуальной является адекватная организация паллиативного и симптоматического лечения, обеспечивающая приемлемый уровень качества жизни больных раком.

При этом тяжелое бремя болезни несут не только пациенты с онкологией, но и их близкие люди. Многие из них являются опекунами и оказывают социальную поддержку больным раком, а финансовое бремя лечения онкологических заболеваний может повлиять на все аспекты семейной жизни [4]. Несмотря на принятые меры по организации выявления и лечения рака, по итогам 2016 года по Республике Казахстан потребность в специалистах составляет 338 человек, что на 25,6% ниже в сравнении с теми же цифрами за 2015

год. Дефицит молодых специалистов, районных онкологов на уровне ПМСП во всех регионах Казахстана; недостаточность системы паллиативной и реабилитационной помощи больным со злокачественными новообразованиями оказывает негативное влияние на онкологическую службу РК [15]. Следует учитывать раннюю отставку врача онколога из-за более высоких уровней выгорания на рабочем месте [16]. Основываясь на международном опыте, нехватка врачей в области первичной медико-санитарной помощи была устранена с помощью практикующих медсестер для заполнения пробелов в рабочей силе, аналогичная модель может преуспеть в онкологии [17]. По состоянию на 2017 год количество медсестер в Республике Казахстан составляло 132,5 тыс., а число врачей - 72 134 [18]. Онкологические медсестры теперь работают в различных ролях и условиях, которые были неслыханными 10 лет назад, но теперь становятся все более распространенными. В амбулаторных условиях онкологические медсестры работают в медицинских клиниках, которые предоставляют такие услуги, как долгосрочное наблюдение за больными раком, предварительный скрининг до химиотерапии, управление болью или общее управление симптомами. Онкологические медсестры работают на многих руководящих должностях, таких как старшие должностные лица, руководители онкологических служб и директора по приему, больницы и клиники. Роль медсестры в онкологической практике включает: контроль основного заболевания, сопутствующую патологию (боль, болезненные состояния, активное медицинское сопровождение); психологическая и социальная поддержка; практические решения проблем, связанных с заболеванием, таких как личная гигиена, ежедневный туалет, профилактика язв и пролежней, стирка, прогулки пациента, покупки в магазинах, а также обучение и поддержка на стадии смерти: прощание с семьей, страдания в последние часы смерти, подготовка к ожидаемой смерти, подтверждение смерти. Медсестра играет важную роль в жизни родственников пациентов, оказывая физическую и психологическую поддержку тем, кто близок к серьезному пациенту [19]. Медсестры имеют жизненно важное значение в онкологической службе для обеспечения наилучшего медицинского обслуживания [20]. В разных странах в зависимости от структуры образования и практики, существуют различные типы медсестер, вовлеченных в онкологическую службу. Существует понятие как специализированные медсестры, вовлеченные в онкологический процесс управления. Многие из этих медсестер называются практикующими медсестрами онкологии Nurse Practitioner (NP), клинический специалист клинике clinical nurse

specialist (CNS) или медсестра с передовой практикой advanced nurse practitioner (APN). Все эти медсестры прошли специальную подготовку и обладают определенными областями знаний об онкологии. Медсестры с передовой практикой (APN) являются наиболее подготовленными из всех зарегистрированных медсестер, имеющие степень магистра или докторантуру в области сестринского дела. Они выполняют функцию ранее, зарезервированную для врачей, такие как диагностика состояний, упорядочение и интерпретация лабораторных тестов, предоставление анестезии и назначение лекарств и они включают в себя несколько специализированных полей. Существует четыре основных направления специализации, которые получают APN: Практикующие медсестры Nurse Practitioner (NP), сертифицированный анестезист – медсестра certified registered nurse anesthetist (CRNA), специалист по клинике clinical nurse specialist (CNS) и медсестра – акушерка certified nurse-midwife (CNM). Как правило, CNS, больше работают в области управления здравоохранением, в то время как NP, как правило, больше концентрируются на прямой помощи пациентам. Кроме того, NP и CNM имеют разные сертификационные экзамены; в то время как NP получают сертификацию через ANCC, AANPCP, PNCB, AACN или NCC, в зависимости от их специализации, CNS получают национальную сертификацию только через ANCC или AACN. Поскольку NP могут самостоятельно работать в клинике их заработная плата выше средней и медсестер APN. В 2010 году практикующие медсестры составили в среднем 91 000 долларов США, в сравнении с 73 000 долларов США для медсестер с передовой практикой [21]. Медсестра NP, работают в основном в больницах, но некоторые из них, оказывают помощь на дому. Они могут специализироваться на определенном раке, например, на грудном, легком, раке головы и шеи, или на конкретном препарате, таком как химиотерапия. Медсестры Caregiver/Попечитель - это тот, кто уделяет большое количество времени, заботе о нуждающемся. Некоторые из них являются медсестрами-специалистами, например, для пациентов, выздоравливающих от операции, а другие - для общих медсестер, оказывающих общую помощь. Обязанности медсестры Caregiver/Попечитель варьируются от эмоциональной поддержки, помощи в личном обслуживании (например, купания и переодевания), общения и многого другого. Сертифицированная медсестра может быть намного дороже и обычно посещает дом один раз в неделю для проверки. Обычные медсестры также менее вовлечены, чем попечитель. Медсестра попечитель работает почти каждый день для человека, о которым заботится. Попечитель также может отвечать за

содержание дома, приготовление пищи и транспортировку своих пациентов [22]. Районные медсестры District Nurse, медсестры практики NP и медицинские консультанты/социальные работники - обычно базируются в местных клиниках или базовых стационарах. Они предоставляют широкий спектр услуг по уходу за пациентами, включая помощь пациентам, после выписки из больницы, снимают швы, следят за раной и делают перевязки и выдают некоторые лекарства на дому. Они также тесно сотрудничают с медсестрами, специализирующимися на лечении рака и паллиативной помощи [23]. Специализированные медсестры паллиативной помощи имеют опыт управления болью и другими симптомами и могут поддерживать людей с раком и их семьями. Они могут базироваться в сообществе, в больнице или в хосписе и работать как часть групп лечения рака. Они могут быть вовлечены в любое время после постановки онкологического диагноза и обеспечить связь с другими специалистами, в которых нуждается пациент, а также являются провайдером между больницей и домом. Медсестры являются поставщиками паллиативной помощи, предоставляемой дома во многих странах. Будучи поставщиком между системой здравоохранения и пациентом, и членами его семьи, медсестра играет ведущую роль в улучшении доступа к медицинской помощи. Медсестры могут быть активны в целенаправленных задачах (например, в управлении болью) или в широких ролях (например, управление случаями); хотя у пациентов и их семей есть спектр потребностей, в которых медсестры могут сыграть решающую роль. Доказательства, подтверждающие независимую практику, особенно важны в более отдаленных районах, где медсестры также могут играть решающую роль в надзоре за здоровьем общества [24]. Огромную роль в обеспечении онкологической помощи играет паллиативное обслуживание дома, где медсестра выступает в качестве поставщика медицинской помощи между пациентом и онкологической службой. В мае 2014 года Всемирная ассамблея здравоохранения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) единогласно приняла резолюцию о паллиативной помощи. Существуют рекомендации для государств-членов Организации Объединенных Наций, такие как включение паллиативной помощи в национальную политику здравоохранения и в учебные программы для медицинских работников, и подчеркивается настоятельная необходимость того, чтобы страны обеспечивали достаточный запас основных лекарственных средств для ПК, особенно тех, которые необходимы для облегчения боли. ВОЗ в паллиативной помощи определило, что обслуживание медицинского персонала на уровне первичной медико-са-

* as.markabaeva@mail.ru

нитарной помощи является недостаточным для онкологических пациентов из-за огромного числа онкологических заболеваний, а также недостаточного количества медсестер в этой области [25]. Таким образом, в 2017 году была определена роль медсестры в оказании паллиативной помощи больным по уходу на дому, показало положительную роль как для здравоохранения, так и для пациента [24]. В 2015 году сообщество медсестер, преподающих в больницах NHS Foundation Trust, Йорк, Великобритания, опубликовало мета-этнографический анализ, в который вошли данные из 25 статей. В общей сложности было выделено пять ключевых тем: оценка роли; практическая роль; отношения с пациентами и семьями; оказание психологической поддержки; и неопределенность ролей. Понятие «эксперта-друга» медсестры утверждает, что положительные отношения с районными медсестрами, контактирующими с пациентами, лежат в основе оказания паллиативной помощи и глубоко влияют на характер оказания психологической поддержки онкологических пациентов [26]. Получение паллиативной помощи на дому на сегодняшний день становится наиболее актуальным. Исследование, проведенное в Японии, показало, что около 60% японцев хотят умереть дома, с организацией качественного паллиативного обслуживания, предоставляемого практикующими медсестрами [27]. Эффективное обсуждение паллиативной помощи с пациентами и семьями требует специальных знаний и навыков. Исследование проводилось в Университете Колорадо, США. 60 стационарных медсестер из одной больницы в Айдахо завершили работу над изучением паллиативной службы на дому – EPCS. Работа охватывала три области: общение с пациентом и семьей, культурные и этические ценности и эффективное предоставление помощи. Многолетний опыт сестринского дела был положительно связан с комфортом в общении с пациентами в конце их жизни (EoL). Онкологические медсестры были наиболее удобными в отношении общения пациентов и семьи. Несомненно, успех и устойчивость этой услуги зависят от образования для медицинских работников [28]. Домашние медсестры оказывают квалифицированную помощь для поддержки больного дома, например, в Соединенных Штатах, существует программа для практики медсестер по оказанию паллиативной помощи дома home palliative care program. Эта модель включает координацию сестринского ухода, медицинскую поддержку, психологическую поддержку и непрерывное образование и помогает расширить возможности помощи онкологическим пациентам дома [29]. Во многих азиатских и других развивающихся странах (особенно там, где протекает культура патернализма), различия в профессиональ-

ном равенстве все еще существуют. Медсестры часто рассматриваются как «вторичные медицинские работники» или как медицинские помощники. Кроме того, различия в базовом образовании сестринского дела, создающие различные уровни практики, могут объяснять путаницу в отношении того, что медсестры действительно могут сделать [30]. Проведенный сравнительный анализ функциональной деятельности медицинских работников организаций первичной медико-санитарной помощи в Казахстане и мире определяет основные полномочия медицинской сестры общей практики, которыми должна обладать сегодня современная медсестра. Несмотря на достаточную регламентацию сестринской деятельности, подразумевающую не только автономность и командность процесса в РК, на практике полномочия средних медицинских работников ограничены [31]. В Казахстане присутствует недостаток медицинских сестер с высшим образованием, в то время как за рубежом более 40% медсестер ПМСП обладают как минимум степенью бакалавра и оказывают независимые «продвинутые» мероприятия сестринского ухода на уровне ПМСП. Количество прикрепленного населения на одну медсестру с высшим образованием больше, чем в Казахстане, но годовое число сестринских консультаций, оказываемых такими медсестрами в 2,5-3 раза больше, эти медсестры ориентированы на клинические мероприятия и обучение пациента управлению своим заболеванием [32]. На данный момент Здравоохранение Республики Казахстан отводит значительную роль медицинским сестрам общей практики, которым призвано передать около 25% функций врачей общей практики и наделить их функциями самостоятельного наблюдения за пациентами [33]. Медсестра общей практики должны осуществлять доврачебный прием больных; оказывать экстренную доврачебную помощь; уход на дому; осматривать выписанных из стационара пациентов; под контролем врача вести стационар на дому; проводить патронаж пациентов с хронической патологией; оказывать противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику; вести выписку рецептов и санитарно-курортных карт; организовывать госпитализацию больных и пострадавших по экстренным показаниям; осуществлять лечебные и диагностические мероприятия в дневном стационаре и на дому по назначению ВОП; а также проводить профилактическую работу [34-35]. В соответствии с нормативными документами в области здравоохранения, медицинская сестра общего профиля в РК, призвана осуществлять: самостоятельный прием и осмотр больных с записью в амбулаторной карте в пределах своей компетенции; оценивать потребности пациента в сестринской помощи

(сестринский диагноз); составлять план обследования; лечение и уход за пациентами; адаптировать его и реализовывать в соответствии с выявленными проблемами; оценивать динамику состояния и эффективность лечения; регистрировать динамику в истории болезни; помогать пациентам на дому; направлять больных на консультацию к врачам. К тому же, каждая медсестра общего профиля также должна осуществлять забор материалов для лабораторных исследований; учет, хранение, использование и осуществлять контроль за лекарственными средствами; подготавливать больных к диагностическим исследованиям; проводить социально-психологическое консультирование, санитарно-просветительскую работу среди больных и их родственников; а также вести статистический учет и отчетность [31]. Министр Здравоохранения Биртанов Е. отметил, что на сегодняшний день роль медицинской сестры крайне важна, подчеркнув необходимость изучения роли среднего персонала на каждом этапе и уровне развития здравоохранения РК. В настоящее время в Казахстане реализуется проект «Модернизация медицинского образования и науки», одним из направлений которого является совершенствование сестринского дела в РК. Данная работа проводится совместно с экспертами университетов прикладных наук JAMK и LAMK (Финляндия). Реализация проекта позволила пересмотреть систему подготовки специалистов сестринского дела. При этом за основу в подготовке медицинских сестер, выполняющих расширенные задачи сестринского процесса, была взята финская модель по подготовке специалистов сестринского дела. В Казахстане функционирует многоуровневая система подготовки медицинских сестер, начиная с бакалавриата до магистратуры сестринского дела. Десять медицинских колледжей в Республике Казахстана получили статус высших колледжей. В 2018 году еще семь средних медицинских колледжей получили положительные баллы для реорганизации в высшие колледжи. Впервые в 2018 году состоялся выпуск 308 прикладных бакалавров сестринского дела, это медицинские сестры новой формации. Такие медсестры могут осуществлять независимый сестринский уход,

консультировать и обучать пациентов, их родственников по управлению заболеванием, осуществлять деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Министерство здравоохранения Республики Казахстан, реализует пилотный проект по разработке и внедрению нового уровня сестринского дела в практическом здравоохранении. Данный проект стартовал в августе 2017 года, его участниками стали семь высших медицинских колледжей и двадцать девять пилотных медицинских организаций РК. Целью проекта является внедрение в медицинские организации новой модели сестринского дела на основе международных требований к профессии медицинской сестры [36]. В 2016 году специалистами сестринского дела из организаций практического здравоохранения и членами рабочего комитета по формированию новых ролей и компетенций медсестер, с целью совершенствования системы эффективного использования сестринских кадров, были разработаны методика и индикаторы оценки деятельности медицинских сестер в условиях реформы сестринского дела в Республике Казахстан [32]. Роль сестринского дела была и продолжает оставаться неотъемлемой частью оказания онкологической помощи. Со времен средневековья до сегодняшнего дня, онкологическая/паллиативная /хосписная помощь развивалась и, наконец, приобрела особое значение для медсестер специализирующихся на онкологическом профиле. Сама суть сестринского дела направлена на уход за человеком и поддержку семьи в трудных ситуациях. Более того, медсестры нуждаются в отличных клинических знаниях и навыках, опыте в управлении межличностными проблемами и оказании помощи человеку, страдающему тяжелым заболеванием, с вовлечением его близких людей. Практикующая медсестра, специализирующаяся на онкологическом профиле, представляет собой необходимый и значимый инструмент в структуре формирования качественной программы онкологической службы в целом. Однако на данном этапе необходимо внимательно изучить роль медсестры онкологического профиля определить ее функции и обязанности в качестве проводника между системой здравоохранения и онкологическими больными в Казахстане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2015). Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*, 65: 5-29 DOI:10.3322 / caac.21254
2. Report Global Age Watch Index 2015. <https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2016/08/global-age-watch.pdf>
3. American Cancer Society: Cancer facts & figures 2016. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2016.html> Google Scholar
4. The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine: Families caring for an aging America, 2016. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2016/families-caring-for-an-aging-america.aspx> Google Scholar
5. Cancer in Australia, 2014, in Facts and Figures, Cancer Council Australia, viewed 15 April 2014, <http://www.cancer.org.au/about-cancer/what-is-cancer/facts-and-figures.html>
6. Branley A., Scott S., 2014, 'Cancer now biggest killer in Australia, ahead of heart disease: WHO report', ABC News, 4 February, viewed 25 March 2014, <http://www.abc.net.au/news/2014-02-04/cancer-now-biggest-killer-in-australia/5236148>
7. Extermann M., Movsas B., 2012 'Introduction: Cancer, Ageing and Comorbidities', *Seminars in Radiation Oncology*, vol. 22, no. 4, pp 263 - 264, viewed 22 March 2014 via Clinical. Key.
8. Report Canadian Cancer Statistics 2015. <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2017-EN.pdf>
9. cancer.fi/syoparekisteri/
10. Ranking.kz, 2016. <http://ranking.kz/>
11. Campisi J., 2003 'Cancer and ageing: rival demons?' *Nat. Rev. Cancer*, May 2003; 3(5); 339-49, viewed 15 April < http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/labor/aging/rsi/rsi_papers/2004_campisi1.pdf
12. Аналитический материал расширенной коллегии министерства здравоохранения Республики Казахстан. 2017. <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf>
13. Cancer Statistics - National Cancer Institute. 2018. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>.
14. Кайдарова, Д.Р., Афонин Г.А., Кунирова. Г.Ж. Развитие региональных сетей как часть национальной стратегии паллиативной помощи в онкологии. *Онкология и радиология Казахстана*. 2016. №3 122-126.
15. Стратегический план казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии на 2017-2021 годы. 2017. Алматы, Казахстан.
16. Хусаинова И.Р., Каусова Г.К. Психологическое сопровождение медицинского персонала в онкологическом стационаре. 2016. *Вестник Казахского Национального медицинского университета*, №3, 68-70
17. Joanne S., Ulrike M. California nurse practitioners are positioned to fill the primary care gap, but they face barriers to practice. *Health affairs*. 2018 Vol. 37, no. 9: California: leading the way?
18. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0435>
19. <http://stat.gov.kz>
20. Rieger PT, Yarbro CH. Role of the Oncology Nurse. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al., editors. *Holland-Frei Cancer Medicine*. 6th edition. Hamilton (ON): BC Decker; 2003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13570/>
21. The importance of nurses in cancer care. *The Lancet.com/oncology*. July 2015. Vol. 16, Issue 7, P 737.
22. <https://www.rn.ca.gov/>
23. Lucatoro, M. A., Thomas, T. W., Siek, T. (September 30, 2016) "Registered Nurses as Caregivers: Influencing the System as Patient Advocates" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 21, No. 3, Manuscript 2. doi: 10.3912/OJIN.Vol21No03Man02
24. https://en.wikipedia.org/wiki/District_nurse
25. Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 5(1), 4-8.
26. <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>
27. Offen, J. (2015). The role of UK district nurses in providing care for adult patients with a terminal diagnosis: a meta-ethnography. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 134-141. doi: 10.12968
28. Naruse, T., Yamamoto, N., Sugimoto, T., Fujisaki-Sakai, M., & Nagata, S. (2017). The association between nurses' coordination with physicians and clients' place of death. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(3), 136-142. doi: 10.12968
29. Malloy P, Boit J, Tarus A, Marete J, Ferrell B, Ali Z. Providing palliative care to patients with cancer: Addressing the needs in Kenya. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2017;4:45-9
30. Deitrick, L. M., Rockwell, E. H., Gratz, N., Davidson, C., Lukas, L., Stevens, D., Sikora, B. (2011). Delivering Specialized Palliative Care in the Community. *Advances in Nursing Science*, 34(4), E23-E36. doi:10.1097/ans.0b013e318235834f

31. Kraft, M., Kästel, A., Eriksson, H., & Hedman, A.-M. R. (2017). Global Nursing-a literature review in the field of education and practice. *Nursing Open*, 4(3), 122–133. doi: 10.1002
32. Утепбергенова Ж.М., Калматаева Ж.А., Калмаханов. С.Б. Новая формация профессиональной деятельности медицинских сестер первичного звена в казахстане и мире. *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. 2016. №1, 674 – 678.
33. Шалхарова Ж.С., Койков В.В., Байгожина З.А. Методика и индикаторы оценки деятельности специалистов сестринского дела в медицинских организациях. *Методические рекомендации*. Астана 2016. <http://www.rcrz.kz/docs/nauka/mi.pdf>
34. Указ Президента Республики Казахстан «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы от 15 января 2016 года №176;
35. Борисов К.Н., Алексеев В.А., Шурандина И.С. Здоровье для всех - стратегия системы Финляндии// Эл. журнала “Росмедпортал.ком”. Ссылка: <http://www.rosmedportal.com/>
36. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 29 ноября 2009 г. № 791 «Об утверждении квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» (с изменениями и дополнениями от 24 августа 2012 года);
37. <https://www.zakon.kz/4924764-birtanov-rol-medsester-chrezvychayno.html>

ТҮЙІНДІ

Онкологиялық ауруларды емдеуді ұйымдастыру бойынша, қабылданған шараларға қарамастан, онкологиялық процесті басқаруға ұсынылатын қызметтердің сапасы, жақын арада әртүрлі мәселелерге байланысты түсіп кетуі мүмкін. Халықтың қартаюы, және онкологиялық аурулардан кейін аман қалған науқастар санының өсуі, сондай-ақ еңбек тапшылығы (медбикелер) сияқты, факторлар онкологиялық қызметтің барлық түріне әсер етеді. Онкология тұрғындарына, көрсетілетін қызметтер сапасын көтерудегі халықаралық тәжірибеге сүйене отырып, тәжірибелі медбикелер көмегімен жұмыс күшін кеңейтудің оң нәтижелерін ескеру қажет. Мейірбике ісі қызметкерлерінің рөлі онкологиялық көмекті ажырамас бөлігі болып келеді, және оны жалғастыруда. Орта ғасырдан бастап бүгінгі күнге дейін онкологиялық профилде мамандандырылған мейірбикелер үшін онкологиялық / паллиативтік / хоспис көмекшісі дамып, ерекше маңызға ие болды. Мейірбикенің мәні адамға қамқорлық жасауға және қиын жағдайдағы отбасын қолдауға бағытталған. Онкологиялық профилде мамандандырылған мейірбике дәрігері онкологиялық қызметтің сапалы бағдарламасын жасау, құрылымында қажетті және маңызды құрал болып табылады. Бұл мақалада медбикенің онкологиялық мамандануының әртүрлі салалары және стационарлық, аудандық клиникалар, паллиативтік көмек, үйде жұмыс істейтін міндеттері қарастырылған.

Кілт сөздер: онкологиялық медбике, жалпы тәжірибе медбикесі, медбикелердің рөлі.

SUMMARY

Despite the measures taken to organize the treatment of cancer, the quality of the services provided in managing the cancer process may be discredited in the near future due to problems related to various factors. Factors such as population aging and an increase in the number of surviving patients after cancer, as well as a shortage of labor, will affect the entire oncological service. Based on international experience in improving the quality of services provided to the oncological population, it is necessary to take into account the positive results in expanding the workforce with the help of practicing nurses. The role of nursing staff has been and continues to be an integral part of oncological care. From the Middle Ages to the present day, oncological /palliative/ hospice care has developed and, finally, has acquired special significance for nurses specializing in oncological profile. The very essence of nursing is aimed at caring for a person and supporting the family in difficult situations. A nurse practitioner specializing in an oncology profile is a necessary and significant tool in the structure of creating a quality program for the oncology service as a whole. This article examines the various areas of oncological specialization of the nurse, as well as their functional responsibilities on the basis of inpatient, district clinics, palliative care, at home.

Key words: oncology nurse, general practice nurse, the role of nurses.