

care. The quality of treatment of patients with chronic diseases can improved by adopting a more systematic and structured approach to care and increasing the patient's ability to self-manage, meet their own needs and manage their chronic condition.

All interventions, such as ranking people according to their risk, multidisciplinary team services, and self-government support, have the potential only if the public health aspects are taken into account.

**Key words:** *public health, chronic disease management, disease management program, chronic noncommunicable diseases.*

УДК: 616-036.12:614.253.52

DOI:10.24411/2415-7414-2019-10009

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УПРАВЛЕНИИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

\* О.Д. Джумагазиева, А.Б. Кумар, Л.К. Кошербаева, А.К. Изекенова, К.К. Давлетов

Национальный медицинский университет, Алматы, Казахстан

### АННОТАЦИЯ

Задача медсестер в области профилактического здравоохранения заключается в улучшении состояния здоровья пациентов с помощью рекомендаций, основанных на доказательной медицине, при этом поощрять людей к получению профилактических услуг, таких как скрининг, консультирование и участие в программе управления заболеваниями. Посредством просвещения в области общественного здравоохранения медсестры могут вдохновить группу людей на ведение здорового образа жизни и, в конечном итоге, на долгую качественную жизнь. Улучшение основных показателей здоровья при хронических неинфекционных заболеваниях, достижение пациентами целевого уровня, поддержка самоуправления заболеваниями во многом зависит от участия медицинских сестер.

**Ключевые слова:** *медицинская сестра, хронические неинфекционные заболевания, программа управления заболеваниями, первичная медико-санитарная помощь.*

**Введение.** Хронические неинфекционные заболевания являются одной из актуальнейших проблем системы здравоохранения во всем мире. При этом рост смертности трудоспособного населения от неинфекционных заболеваний оказывает значительное влияние на экономику страны (68% - смертности от НИЗ) [1]. Кроме того, старение населения увеличивает бремя неинфекционных заболеваний. По данным ВОЗ в структуре смертности от неинфекционных заболеваний наибольшую долю составляют сердечно-сосудистые заболевания – 17,9 млн. человек, на

втором месте находится онкологические заболевания – 9 млн., на третьем месте респираторные заболевания – 3,9 млн., и на четвертом месте – сахарный диабет – 1,6 млн. случаев [2,3].

В связи со сложившейся ситуацией с целью профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями в организациях первичной медико-санитарной помощи внедрена программа управления заболеваниями (ПУЗ). В результате внедрения данной программы ожидается: снижение затрат здравоохранения, снижение числа осложнений, снижение потребности

\* [a.kumar@kaznmu.kz](mailto:a.kumar@kaznmu.kz)

в стационарной помощи (госпитализации). В то же время, ПУЗ обеспечить эффективное взаимодействие между медицинскими работниками и пациентами, самопомощь/самоменеджмент и в конечном итоге обеспечение солидарной ответственности пациентов за свое здоровье. В организациях первичной медико-санитарной помощи ПУЗ осуществляет мультидисциплинарная команда, в которую входит лидер команды (зам. главного врача), врач эксперт, врач ЗОЖ, терапевт, ВОП, медицинская сестра, ответственный врач по Школам здоровья, узкие специалисты (кардиолог, эндокринолог и т.д.), психолог, врач статистик и социальный работник. Роль и обязанность каждого члена команды распределена следующим образом: лидер команды контролирует все звенья работы междисциплинарной команды, своевременно сообщает о заданиях, активно участвует в их выполнении. Медицинские сестры и социальные работники проводят отбор пациентов для участия в программе, вносят данные о пациенте в регистр, ведут мониторинг регистра, проводят разъяснения для пациентов по поводу участия в программе, проводят антропометрические измерения. В то же время медицинские сестры производят забор крови для определения гликированного гемоглобина и липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Врачи ведут прием пациентов, делают назначения пациентам, проводят мониторинг регистра, составляют КПД. Врач эксперт проводит проверку карт наблюдения, соответствие данных между картами наблюдения и данными регистра [4,5,6].

Из-за растущего бремени хронических заболеваний в Австралии увеличивается число клиник, возглавляемых практикующими медицинскими сестрами в амбулаторных отделениях государственных больниц и в общественных медицинских центрах. В Австралии практикующие медицинские сестры являются высококвалифицированными специалистами, при решении каких-то, определенных задач – автономны, например, при планировании лечения хронических заболеваний и

осуществления сотрудничества с другими врачами, оценки и интерпретации диагнозов заболеваний, а также при направлении пациентов к другим специалистам (Австралийский колледж практикующих медсестер, 2017).

В исследованиях (Allen, Dennison Himmelfarb, Szanton, and Frick, 2014; Cashin, Theophilos, Green, 2017; Craswell, Dwyer, Rossi, Armstrong, Akbar 2018) было показано, что медицинское обслуживание с участием медицинских сестер является безопасным и экономически эффективным. Деятельность практикующих медицинских сестер направлена на три основные приоритетные цели - повышение качества оказания медицинской помощи, сохранение и улучшение здоровья пациентов и снижение затрат (Coleman et al., 2017; Craswell et al., 2018; Douglas, Schmalkuche, Nizette, Yates and Bonner, 2018) [7].

Сегодня актуальной проблемой в системе первичной медико-санитарной помощи является отсутствие полной интеграции между медицинской сестрой и практикующими врачами. На данное положение значительное влияние оказывает рост бремени хронических неинфекционных заболеваний, отсутствие эффективных программ и услуг по их профилактике, отсутствие информированности пациентов [8].

Правительством Австралии для улучшения финансирования первичной медико-санитарной помощи предложено два способа, направленных на правильное планирование и распределение финансовых средств. В 2004 году в систему оплаты труда медицинских сестер первичной медико-санитарной помощи были внесены изменения с целью эффективного ведения «собственного счета» за предоставляемую помощь, например, проведение оценки состояния здоровья пациентов, разработка плана лечения заболеваний в совместно с врачами, которое позволит медицинским сестрам развивать собственный поток доходов и профессиональную легитимность в рамках практики. Расширение системы оплаты труда, включающее два типа стимулов, оплата труда за конечный результат,

поощрительные выплаты за медицинское обслуживание и стимулирование (например, завершение плана лечения астмы или диабета, наличие электронной медицинской карты и обеспечение ухода в нерабочее время) [9].

Растущий спрос на медицинскую помощь у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями требует разработки стратегии ведения этих больных. Одним из таких подходов было продемонстрировано в исследовании с участием 157 пациентов с АГ и СД. Цель исследования состояла в том, чтобы сравнить результаты новой программы лечения хронических заболеваний с участием медицинской сестры и команды врачей с результатами существующей модели лечения. Пациенты случайным образом были распределены между своим лечащим врачом и практикующей медицинской сестрой. При этом выплаты рассчитывались исходя из почасовой ставки и времени встреч с пациентами. Основными индикаторами оценки были показатели уровня гликолизированного гемоглобина (HbA1c), показатели липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) до и после обследования. Удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской помощи и показатели качества жизни (HRQoL) показали достаточно высокий уровень. В течение 1 года затраты были выше в группе получавшей основное лечение, при этом показатели уровня HbA1c (-0,7%,  $p=0,02$ ) и ЛПВП (+2,6мг,  $p=0,02$ ) значительно улучшились. Данное исследование демонстрирует о ценности взаимодополняющего командного подхода при лечении хронических заболеваний направленных на улучшения результатов лечения пациентов и клинических показателей при меньших дополнительных затратах [10].

Участие медицинских сестер в процессе оказания медицинской помощи является наиболее эффективными с точки зрения экономики, что было показано в ряде исследований. Однако, следует отметить, что их действия в плане оказания медицинской помощи в некоторых странах ограничены. Результаты проведенного ис-

следования показали, что существующие препятствия для полного охвата практикой медицинской сестры (APRN - Advanced practice registered nurse) могут негативно повлиять на здоровье населения. Расширение полномочий медицинской сестры приведет к снижению частоты госпитализаций, эффективно повлияет на качество и стоимость медицинского обслуживания [11], в то же время положительно повлияет на удовлетворенность пациентов, клинические исходы и качество жизни пациентов [12,13]. В Республике Казахстан принят ряд законодательных документов, позволяющих расширить роль и полномочия медсестер: приказ МЗ РК №477/1 от 17 августа 2013 года. Согласно данному приказу на одного ВОП утверждена – 3 медицинская сестра, на 1 участкового врача/ педиатра – 2 медицинской сестры, 1 акушер-гинеколога – 1,5 должности акушерки.

Основной деятельностью медицинских сестер является участие в профилактических мероприятиях направленных на улучшения состояния здоровья пациентов. Профилактическая помощь охватывает широкий спектр методов. Известно, что существует три типа профилактики: первичная, вторичная и третичная. Медицинские сестры принимают активное участие в их осуществлении в медицинских организациях. Согласно определению Preventative Services Task Force США (USPSTF) первичная профилактика – это мероприятия и меры, принимаемые для предоставления людям знаний по предотвращению возникновения определенного заболевания. На данном этапе профилактики медицинские сестры играют роль педагогов, которые обеспечивают информацией и проводят консультации с пациентами. Программы профилактики, начиная от иммунизации и заканчивая использованием ремней безопасности, направлены на то, чтобы избежать страданий и болезней у пациентов, а также избежать каких-либо затрат связанное с лечением. Вторичная профилактика - форма раннего выявления заболеваний, выявляет лиц с высоким уровнем риска или доклиническими заболеваниями посредством

скрининга и регулярного наблюдения с целью предотвращения возникновения заболеваний. Медицинская сестра взаимодействует с пациентами по снижению и управлению контролируемыми рисками, консультирует по изменению образа жизни пациентов, применяет методы раннего выявления заболевания на начальных этапах, когда лечение может быть более эффективным. Регулярные осмотры, проводимые медицинской сестрой является наиболее распространенным методом вторичной профилактики и могут значительно снизить развитие некоторых заболеваний. Третичная профилактика - предполагает лечение существующих заболеваний у пациентов. На данном этапе медицинская сестра составляет план ухода и вносит дополнительные изменения по изменению образа жизни. Этот тип профилактики охватывает мероприятия по предотвращению возможных осложнений [14].

Санитарная грамотность и самоконтроль являются не менее важными ключевыми элементами в программе управления заболеваниями. Повышение медицинской грамотности имеет важное значение для пациентов с хроническими заболеваниями в условиях первичной медико - санитарной помощи. Результаты исследования показывают, что медицинские сестры общей практики оказали положительное влияние на способность пациентов управлять своим хроническим заболеванием, однако для этого необходимо предоставить им возможность расширить свою роль в лечении хронических заболеваний [15].

В обзоре литературы [16] было показано, что использование клинических протоколов и обучение улучшает понимание пациентов и управление их заболеванием.

Вопрос доступности оказываемой медицинской помощи для пациентов является приоритетным. Большинство врачей в организациях первичной медико-санитарной помощи загружены и мало времени уделяют пациентам. В этой связи основная нагрузка по работе с пациентами ложится на плечи медицинской сестры. Основной причиной, по которой пациентам часто

приходится обращаться к лечащим врачам является только получение рецепта [17].

Согласно результатам опроса 266 медсестер в канадской провинции Квебек, основная деятельность медсестер была направлена на укрепление здоровья пациентов и оценки их состояния. При этом установлено, что недостаточно внимания уделяется пациентам с хроническими заболеваниями. Медицинские сестры в организациях первичной медицинской помощи играют центральную роль в программе управления хроническими заболеваниями. Отсутствие четких описаний функциональных обязанностей может быть связано с недостаточным использованием компетенций медсестер, что в свою очередь увеличивает количество пациентов с хроническими заболеваниями [18]. Проведенное качественное описательное исследование в этом же регионе с участием 13 медсестер показало, что необходимо повысить знания медсестер, а также улучшить их взаимодействие со специалистами в области психического здоровья для осуществления полноценной качественной медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями имеющие психические расстройства. Потенциал медсестер первичной медицинской помощи не всегда используется полным образом, и некоторые виды их деятельности могут быть улучшены. Доказательства включения медсестер в совместную помощь пациентам, страдающим хроническими заболеваниями и общими психическими расстройствами, были доказаны, но не полностью реализованы в практике семейной медицины. Girard A с соавторами рекомендуют в будущих исследованиях уделять особое внимание сотрудничеству между специалистами в области психического здоровья, медсестрами первичной медицинской помощи и семейными врачами при оказании помощи пациентам с хроническими заболеваниями и общими психическими расстройствами. [19].

В систематическом обзоре литературы [20] отмечено, что основная деятельность медсестры в управлении хроническими заболеваниями может быть

сгруппирована в 4 направления: 1) общая оценка состояния здоровья пациентов, страдающих хроническими заболеваниями; 2) управление болезнью и процессом оказания медицинской помощи; 3) укрепление здоровья пациентов; 4) сотрудничество медсестры и врача. Однако, как свидетельствуют результаты 18 исследований, некоторые виды деятельности медсестер, к примеру, как поддержка пациентов является достаточно сложными. В этой связи для определения и разграничения деятельности медсестер, а также для выявления основных факторов влияющих на качество медицинского обслуживания необходимо провести углубленное исследование.

McInnis и соавторы (2015) утверждают, что в частности сотрудничество медсестры и врача является ключевым элементом в работе с пациентами с хроническими заболеваниями, что в свою очередь предполагает работать в команде. В литературе указывается целесообразность и приемлемость проводимых вмешательств медсестрами в первичной медико-санитарной помощи.

Большинство вмешательств во многом зависит от организационных факторов, как финансирование, повышение квалификации и профессиональная поддержка медсестер в первичной медико-санитарной помощи. [21].

Междисциплинарный или командный подход должен формироваться с учетом приоритетов и потребностей пациента и его семьи. Медицинская сестра является самым важным сегментом в процессе оказания медицинской помощи, и их квалификация может непосредственно повлиять на доступность, безопасность и эффективность оказываемой помощи. В этом вопросе авторы Hickman, Rolley, and Davidson (2010) предлагают стратегии, которые могут быть применены в условиях экстренной помощи для удовлетворения

потребностей больных с хроническими заболеваниями, в то время как авторы Sayers and DiGiacomo (2010) рассматривают роль медсестер в качестве педагогов в системе здравоохранения. Крайне важно, чтобы медсестры обладали необходимыми навыками и компетенциями. В этом вопросе, Ramjan и соавторы описывают процессы реформы образовательной программы в обучении медсестер и рекомендуют учитывать необходимость паллиативного подхода (Ramjan, Costa, Hickman, Kearns, & Phillips, 2010). Многочисленные исследования показывают, что для улучшения системы здравоохранения необходимо обеспечить взаимодействие между политикой, практикой, исследованиями и образовательными инициативами. Это ставит перед медсестрами задачу обеспечить все вмешательства в первичном, вторичном и третичном уровнях. В Австралии программа по реформированию здравоохранения направлена на достижение более справедливого распределения услуг, развитие сектора первичной медико-санитарной помощи и в этом отношении участие и роль медсестер являются неотъемлемой частью данного подхода. Многие профессиональные организации, в том числе Королевский колледж медсестер Австралии, признают растущую проблему хронических заболеваний и особую роль медсестер в реформе здравоохранения. Специальное издание Collegian объединяет серию документов, посвященных решающей роли медсестер в реконфигурации системы здравоохранения для лучшего удовлетворения потребностей отдельных лиц, их семей и сообществ [22].

В то же время нынешнее обстоятельство в отношении организации программы управления заболеваниями в отечественной системе здравоохранения требует дальнейшего улучшения и разработки научно-обоснованных подходов для разработки оптимальной модели.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. Всемирная организация здравоохранения. 2014.

[Электр. ресурс]: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233\\_rus.pdf;jsessionid=D26BD983E5B40990447A732AE5A6E88C?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf;jsessionid=D26BD983E5B40990447A732AE5A6E88C?sequence=5).

2.Здоровье – 2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Европейский региональный комитет. Шестьдесят вторая сессия. Мальта, 10-13 сентября 2012 г.

3.Всемирная организация здравоохранения. Неинфекционные заболевания. [Электр. ресурс]: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

4.Кулкаева Г.У. Внедрение программы управления заболеваниями в Казахстане // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан., 2013, № 4 (9). – С.47-48.

5.Гаркалов К.А., Ким М.Е., Тюлюбаева Ж.С. Внедрение программы управления заболеваниями в практическое здравоохранение // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан., 2013, № 4 (9). – С.83-87.

6.Актаева Л.М., Гаркалов К.А. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации. – Астана., 2013. – 37 с.

7.Bonner A., Navas K., Tam V., Stone C., Abel J., Barnes M., Douglas C. An integrated chronic disease nurse practitioner clinic: Service model description and patient profile Collegian The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research [https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(17\)30292-5/fulltext](https://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(17)30292-5/fulltext).

8.El-Jardali F., J.N. Lavis, Addressing the Integration of Nurse Practitioners in Primary Healthcare Settings in Canada. 2011. [Электронный ресурс]: <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/issue-briefs/nurse-practitioners-in-primary-healthcare-in-canada-ib.pdf?sfvrsn=2>.

9.Pearce C, Phillips C, Hall S, Sibbald B, Porritt J, Yates R et al. Following the funding trail: Financing, nurses and teamwork in Australian general practice. BMC Health Services Research 2011;11(38):2-26.

10.Litaker D., Lorraine C. Mion, Planavsky I., Kippes C., Mehta N. and Frolkis J. Physician–nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients’ perception of care. Journal of Interprofessional Care 2003;17(3):223-237.

11.Oliver G.M., Pennington L., Revelle S., Rantz M. Impact of nurse practitioners on health outcomes of Medicare and Medicaid patients. Nurs Outlook 2014; 62; 440-447.

12.Taylor SJC, Candy B, Bryar RM, et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence. BMJ 2005; 331(7515): 485.

13.Woodward A., Wallymahmed M., Wilding J., Gill G. Improved glycaemic control an unintended benefit of a nurse-led cardiovascular risk reduction clinic. Diab Med 2005; 22(9):1272–74.

14. McConnell L. Role of Nurses in Managing Chronic Disease. U.S. Department of Veterans Affairs. Health Services Research and Development Service/ Forum translating research into quality health care for Veterans. [Электронный ресурс]: [https://www.academyhealth.org/sites/default/files/VA\\_FORUM\\_Fall\\_2017.pdf](https://www.academyhealth.org/sites/default/files/VA_FORUM_Fall_2017.pdf).

15.Bush R., Boyle F., Ostini R., et al. Advancing health literacy through primary health care systems. Brisbane: The University of Queensland 2010; p. 1–52. Available at: <http://aphcri.anu.edu.au/projects/network/advancing-health-literacy-through-primary-health-care-systems>.

16.Courtenay M., Carey N. The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature. J Clin Nurs 2008; 17(15):2001–13.

17.Buote R., Asghari S., Aubrey-Bassler K., Knight J.C., Lukewich J. Primary health care services for patients with chronic disease in Newfoundland and Labrador: a descriptive

analysis. Challenges faced by Canadian primary health care nurse practitioners in chronic disease management: A qualitative study among key informants. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. Publish Ahead of Print:; JAN 2019.

18.Poitras M.E., Chouinard M.C., Gallagher F., Fortin M. Nursing Activities for Patients With Chronic Disease in Primary Care Settings: A Practice Analysis. Nursing Research. 67(1): 35-42.

19.Girard A., Hudon C., Poitras M.E., Roberge P., Chouinard M.C. Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study. J Clin Nurs. 2017 May;26 (9-10):1385-1394.

20.Poitras M.И., Chouinard M.C., Fortin M., Girard A., Gallagher F. Nurse's activities for patients with chronic diseases in primary care : a systematic review. Rech Soins Infirm. 2016 Sep; (126):24-37.

21.Stephen C., McInnes S., Halcomb E. The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. J Adv Nurs. 2018 Feb; 74 (2):279-288.

22.Patricia M., Sabina De Geest, Martha N. Hill Nurses addressing the challenges of chronic illness: From primary to palliative care. 2010 Volume 17, Issue 2, Pages 43–45.

## ТҮЙІНДІ

Профилактикалық денсаулық сақтау саласындағы мейірбикелердің міндеті болып дәлелді медицинаға негізделген ұсыныстардың көмегімен науқастардың денсаулық жағдайын жақсарту болып табылады, сонымен қатар халықтың профилактикалық қызметтерді алуына, скрининг, кеңес беру және ауруларды басқару бағдарламасына қатысуға ынталандыру. Қоғамдық денсаулық сақтау саласында мейірбикелер санитарлық ағарту жұмыстарын жүргізу арқылы адамдар тобын салауатты өмір салтын ұстануға және соңында ұзақ сапалы өмір сүруіне шабыттандыра алады. Созылмалы жұқпалы емес аурулар кезінде денсаулықтың негізгі көрсеткіштерін жақсарту, науқастардың мақсатты деңгейге жетуі, ауруларды өзін-өзі басқаруды қолдау мейірбикелердің қатысуына тікелей байланысты.

**Кілт сөздер:** мейірбикелер, созылмалы инфекциялық емес аурулар, ауруларды басқару бағдарламасы, алғашқы медициналық-санитариялық көмек.

## SUMMARY

The task of nurses in preventive health care is to improve the health status of patients through evidence-based medical advice, while encouraging people to receive preventive services such as screening, counselling and participation in the disease management programme. Through public health education, nurses can inspire a group of people to lead a healthy lifestyle and, ultimately, provide a long quality life. Improvement of the main health indicators in chronic non-communicable diseases, achievement of the target level by patients, support of self-management of diseases largely depends on the participation of nurses.

**Key words:** nurse, chronic noncommunicable diseases, disease management program, primary health care.