

УДК 614.2(575.2):616.12-008.331.1-036.86
AGRIS A50

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/30>

**КАДРОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ БАРЬЕРЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

©Исмарова Г. С., ORCID: 0000-0002-8176-8286, SPIN- код: 5769-8387, Кыргызско-
российский славянский университет, г. Бишкек, Кыргызстан, ismarovag@mail.ru

©Кыдыралиева Р. Б., ORCID: 0000-0003-4959-1449, SPIN-код: 9782-8098, д-р мед. наук,
Международный университет Ала-Тоо, г. Бишкек, Кыргызстан, krb_21@mail.ru

©Сабиров И. С., SPIN-код: 2222-5544, ORCID: 0000-0002-8387-5800, д-р мед. наук,
Кыргызско-российский славянский университет, г. Бишкек, Кыргызстан, sabirov_is@mail.ru

**HUMAN RESOURCE AND ORGANIZATIONAL BARRIERS TO THE MANAGEMENT
OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTH CARE
IN RURAL AREAS OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

©Ismarova G., SPIN- код: 5769-8387, ORCID: 0000-0002-8176-8286, SPIN-code: 5769-8387,
Kyrgyz Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan, ismarovag@mail.ru

©Kydyralieva R., ORCID: 0000-0003-4959-1449, SPIN-code: 9782-8098, Dr. habil.,
Ala-Too International University, Bishkek, Kyrgyzstan, krb_21@mail.ru

©Sabirov I., ORCID: 0000-0002-8387-5800, SPIN-code: 2222-5544, Dr. habil.,
Kyrgyz Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan, sabirov_is@mail.ru

Аннотация. Цель — изучить кадровые и организационные условия работы медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в сельской местности и определить основные факторы, характеризующие профессиональную вовлеченность врачей в деятельность по профилактике и контролю артериальной гипертензии (АГ). Исследование проведено в учреждениях ПМСП Кеминского района Кыргызской Республики (2022–2023 гг.) в рамках внедрения инструмента HEARTS ВОЗ. В анализ включены 20 врачей терапевтического профиля и данные о деятельности 21 фельдшерско-акушерского пункта. Использовано анонимное анкетирование для оценки профессиональной вовлеченности, стажа, планов продолжать работу, участия в профилактических мероприятиях и субъективной оценки ресурсов. Проведен анализ объективных материально-технических условий. Протокол одобрен этическим комитетом Кыргызско-Российского Славянского университета (протокол № 5 от 15.02.2022). Обеспеченность врачами составила 0,68 на 1000 человек взрослого населения (нагрузка 1476 пациентов на одного врача). 70% врачей не чувствовали себя ценными членами местного сообщества, 70% не планировали продолжать работу в районе, 80% не участвовали в общественно-профилактических мероприятиях. Высокая профессиональная вовлеченность выявлена у 20% специалистов. При этом 90% врачей субъективно считали имеющиеся ресурсы достаточными, однако объективная оценка выявила ограничения по лабораторным реактивам, ЭКГ-оборудованию, тонометрам с широкой манжетой и цифровой инфраструктуре. Кадровая устойчивость и профессиональная вовлеченность врачей в сельской ПМСП остаются низкими. Для повышения эффективности контроля АГ необходимы системные меры: усиление кадрового потенциала, улучшение диагностической базы, цифровизация и программы социального признания врачей.

Abstract. To assess the working conditions of primary health care professionals in rural areas and to identify major factors characterizing physicians' professional engagement in the prevention and control of arterial hypertension. The study was conducted in primary health care facilities of the Kemin district, Kyrgyz Republic. The analysis included 20 physicians of a therapeutic profile and the activities of 21 feldsher-midwife posts. Anonymous questionnaires were used to assess professional engagement, including perceived social value, availability of resources, intention to continue working in the area, length of employment, and participation in community-based preventive activities. Organizational and infrastructural conditions of primary health care facilities were also assessed. In the Kemin district, 20 physicians of a therapeutic profile provided care for 29,522 adults, corresponding to 0.68 physicians per 1,000 adult population. Fourteen physicians (70%) did not feel that they were valued members of the local community. Six physicians (30%) planned to continue working in the locality, while six physicians (30%) had worked in the district for more than five years. Sixteen physicians (80%) did not participate in community-based preventive activities. At the same time, 18 physicians (90%) considered available resources sufficient to perform their professional duties. Objective assessment revealed limitations in the availability of some laboratory and diagnostic resources, digital infrastructure, and remuneration. Human resource capacity, professional engagement, and organizational conditions are important components of sustainable primary health care in rural areas. Strengthening human resources, continuing professional education, diagnostic capacity, and digital infrastructure could contribute to improving the sustainability of hypertension control programs in rural primary health care.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; первичная медико-санитарная помощь; сельское здравоохранение; кадровый дефицит; профессиональная вовлечённость; организационные барьеры.

Keywords: arterial hypertension, primary health care, rural health care, health workforce, professional engagement, human resource shortage, organizational barriers.

Артериальная гипертензия (АГ) остаётся ведущим модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смертности во всём мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 1,28 млрд человек в возрасте 30–79 лет страдают АГ, причём две трети из них проживают в странах с низким и средним уровнем дохода [4, 7].

Несмотря на наличие эффективных методов диагностики и лечения, контроль артериального давления (АД) остаётся недостаточным: только 21% пациентов достигают целевых показателей [8].

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основным звеном, обеспечивающим выявление АГ, оценку факторов риска, назначение лечения и долгосрочное наблюдение [1].

ВОЗ разработала технический пакет HEARTS, направленный на укрепление ПМСП в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями [5, 6].

Однако успешная реализация программ контроля АГ зависит не только от наличия протоколов, но и от кадровой обеспеченности, мотивации медицинских работников и материально-технических условий [2].

В Кыргызской Республике, как и во многих странах Центральной Азии, сельские районы испытывают острый дефицит медицинских кадров. В Кеминском районе на 29 522 взрослых жителя приходится 20 врачей терапевтического профиля, что соответствует 0,68 врача на 1000

населения, что значительно ниже рекомендованных норм ВОЗ [10]. Нагрузка на одного врача достигает 1476 пациентов, что ограничивает возможности профилактической работы [9]. В литературе недостаточно данных о том, как условия труда и профессиональная вовлечённость врачей влияют на качество ведения пациентов с АГ в сельских регионах Центральной Азии. Настоящее исследование восполняет этот пробел. Цель исследования — изучить кадровые и организационные условия работы врачей ПМСП в сельской местности и определить факторы, характеризующие их профессиональную вовлечённость в профилактику и контроль АГ.

Материал и методы

Исследование выполнено в рамках проекта по внедрению инструмента HEARTS в Кеминском районе Кыргызской Республики (2022–2023 гг.). Протокол одобрен этическим комитетом Кыргызско-российского славянского университета им. Б.Н. Ельцина (протокол № 5 от 15.02.2022). В районе функционируют 7 групп семейных врачей и 21 фельдшерско-акушерский пункт. Взрослое население (≥ 18 лет) составляет 29 522 человека. В анализ включены все 20 врачей терапевтического профиля (терапевты и семейные врачи). Для оценки профессиональной вовлечённости проведено анонимное анкетирование по трём вопросам: Чувствуете ли вы себя ценным членом местного сообщества? Достаточно ли у вас ресурсов для выполнения обязанностей? Планируете ли вы продолжать работу в данном населённом пункте?

Дополнительно оценивались стаж работы в районе (>5 лет), участие в общественно-профилактических мероприятиях, а также объективные материально-технические условия (наличие реактивов, электрокардиографов, тонометров с широкой манжетой, компьютеров, интернета). Профессиональная вовлечённость определялась как интегральная характеристика, включающая стаж >5 лет, намерение продолжать работу, участие в профилактике и субъективную удовлетворённость ресурсами [13].

Статистический анализ проведён с использованием методов описательной статистики. Данные представлены в виде абсолютных значений и процентов.

Результаты исследования

Кадровая обеспеченность. При численности взрослого населения 29 522 человека в районе работало 20 врачей. Обеспеченность составила 0,68 на 1000 населения, нагрузка – 1476 пациентов на одного врача.

Ресурсные и организационные условия. Объективный анализ выявил следующие ограничения: реактивы для определения холестерина и тест-полоски для глюкозы доступны с перебоями; недостаточное количество электрокардиографов и ЭКГ-плёнок; отсутствие тонометров с широкой манжетой; отсутствие интернета, компьютеров и планшетов для ведения электронной документации; низкая заработная плата. Профессиональная вовлечённость врачей. Результаты анкетирования представлены в Таблице 1

Таблица 1

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ВОВЛЕЧЁННОСТИ ВРАЧЕЙ ПМСП КЕМИНСКОГО РАЙОНА (n=20)

Показатель	Число врачей	%
Не чувствуют себя ценным членом местного сообщества	14	70
Считают имеющиеся ресурсы достаточными	18	90
Планируют продолжать работу в данном населённом пункте	6	30
Работают в районе более 5 лет	6	30
Не участвуют в общественно-профилактических мероприятиях	16	80
Высокая профессиональная вовлечённость	4	20

70% врачей не ощущают себя ценными членами сообщества; 70% не планируют оставаться; 80% не участвуют в профилактике. Только 20% демонстрируют высокую вовлечённость. При этом 90% субъективно считают ресурсы достаточными, что контрастирует с объективными ограничениями.

Полученные данные свидетельствуют о системных кадровых и организационных проблемах в сельской ПМСП Кеминского района, которые могут негативно влиять на эффективность контроля АГ. Лишь 30% врачей имеют стаж >5 лет и столько же планируют остаться. Это ниже показателей развитых стран и сопоставимо с данными из сельских районов Южной Азии. Высокая текучесть нарушает преемственность наблюдения пациентов с АГ, что ассоциируется с худшим контролем АД [8-10].

70% врачей не чувствуют себя ценными членами сообщества, 80% не участвуют в профилактике. В сельской местности доверие к врачу и его участие в жизни сообщества являются важными факторами, повышающими приверженность пациентов лечению. 90% врачей субъективно считают ресурсы достаточными, несмотря на объективные ограничения. Это может объясняться не только привыканием к дефициту, но и так называемой «выученной беспомощностью», когда специалисты, длительное время работая в условиях хронической нехватки, перестают воспринимать её как проблему, а также отсутствием чёткого представления о том, каким должен быть эталонный уровень оснащения. Такой феномен описан в исследованиях по сельскому здравоохранению [9].

Однако отсутствие реактивов, ЭКГ, тонометров с широкой манжетой и цифровой инфраструктуры объективно снижает качество диагностики и мониторинга АГ [3].

Отсутствие интернета, компьютеров и электронного документооборота делает невозможным систематический мониторинг, что противоречит принципам HEARTS [6].

Низкая зарплата и ограниченные карьерные перспективы являются ключевыми демотивирующими факторами. В то же время наличие 20% высоко вовлечённых врачей свидетельствует о существовании внутреннего резерва, который может быть использован для наставничества и повышения общего уровня вовлечённости коллектива.

Небольшая выборка (n=20) и самооценочный характер данных ограничивают генерализацию. Требуется дальнейшие исследования.

Заключение

В Кеминском районе выявлены выраженные кадровые и организационные барьеры: низкая обеспеченность врачами (0,68 на 1000), высокая нагрузка (1476 пациентов на врача), недостаточная кадровая устойчивость (30% работают >5 лет и планируют остаться), низкая социальная вовлечённость (70–80% не участвуют в профилактике). Высокая профессиональная вовлечённость отмечена только у 20% врачей. Несмотря на субъективную удовлетворённость ресурсами у 90%, объективно выявлены ограничения по реактивам, ЭКГ, тонометрам с широкой манжетой и цифровой инфраструктуре. Для повышения эффективности контроля АГ необходимы: усиление кадрового потенциала, улучшение диагностической базы, цифровизация, программы социального признания и материального стимулирования. Практические рекомендации включают внедрение материальных (надбавки, жильё) и нематериальных (признание, статус) стимулов для врачей в сельской местности; обеспечение бесперебойного снабжения реактивами, тест-полосками и тонометрами с широкой манжетой; развитие цифровой инфраструктуры; привлечение врачей к профилактическим мероприятиям; использование высоко вовлечённых врачей как наставников; внедрение мониторинга качества помощи по принципам HEARTS.

Благодарности: авторы выражают благодарность медицинским работникам Кеминского района за участие в исследовании

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки

Список литературы:

1. Амелин Е. Ю., Толебаева А. А., Дуйшеналиева М. Т. Оценка эффективности контроля артериальной гипертензии на уровне первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике // *Здравоохранение Кыргызстана*. 2021. №2. С. 73–84.
2. Джорупбекова К. Ш., Кыдыралиева Р. Б., Жумагулова Н. Н. Распространенность артериальной гипертензии и эффективность ее контроля в Кыргызской Республике // *Современные проблемы науки и образования*. 2021. №2. С. 25–29.
3. Кобалава Ж. Д., Конради А. О., Недогода С. В. Артериальная гипертензия у взрослых: клинические рекомендации // *Российский кардиологический журнал*. 2024. Т. 29. №9. С. 45–52.
4. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: WHO, 2023. 276 p.
5. World Health Organization. HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Geneva: WHO, 2016. 64 p.
6. World Health Organization. HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Systems for monitoring. Geneva: WHO, 2018. 48 p.
7. Fuchs F. D., Whelton P. K. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease // *Hypertension*. 2020. V. 75. №2. P. 285–292. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240>
8. Chow C. K., Teo K. K., Rangarajan S. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries // *JAMA*. 2013. V. 310. №9. P. 959–968. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.184182>
9. Lehmann U., Dieleman M., Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention // *BMC Health Services Research*. 2008. V. 8. P. 19. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>
10. Campbell J., Dussault G., Buchan J. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: WHO, 2013. 104 p.

References:

1. Amelin, E. Yu., Tolebaeva, A. A., & Dujshenalieva, M. T. (2021). Otsenka effektivnosti kontrolya arterial'noj gipertenzii na urovne pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi v Kyrgyzskoj Respublike. *Zdravookhranenie Kyrgyzstana*, (2), 73–84. (in Russian).
2. Dzhorupbekova, K. Sh., Kydyralieva, R. B., & Zhumagulova, N. N. (2021). Rasprostranennost' arterial'noj gipertenzii i effektivnost' ee kontrolya v Kyrgyzskoj Respublike. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, (2), 25–29. (in Russian).
3. Kobalava, Zh. D., Konradi, A. O., & Nedogoda, S. V. (2024). Arterial'naya gipertenziya u vzroslykh: klinicheskie rekomendatsii. *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal*, 29(9), 45–52. (in Russian).
4. World Health Organization (2023). Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva.
5. World Health Organization (2016). HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Geneva.
6. World Health Organization (2018). HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Systems for monitoring. Geneva.

7. Fuchs, F. D., & Whelton, P. K. (2020). High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*, 75(2), 285-292. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240>
8. Chow, C. K., Teo, K. K., & Rangarajan, S. (2013). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*, 310(9), 959-968. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.184182>
9. Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 8, 19. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>
10. Campbell, J., Dussault, G., & Buchan, J. (2013). A universal truth: no health without a workforce. Geneva.

Поступила в редакцию
23.08.2026 г.

Принята к публикации
06.09.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Исмарова Г. С., Кыдыралиева Р. Б., Сабиров И. С. Кадровые и организационные барьеры оказания помощи пациентам с артериальной гипертензией на уровне первичной медико-санитарной помощи в сельской местности Кыргызской Республики // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №10. С. 283-288. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/30>

Cite as (APA):

Ismarova, G., Kydyralieva, R., & Sabirov, I. (2026). Human Resource and Organizational Barriers to the Management of Patients with Arterial Hypertension in Primary Health Care in Rural Areas of the Kyrgyz Republic. *Bulletin of Science and Practice*, 12(10), 283-288. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/30>