



Оценка качества консультирования медицинскими сёстрами пожилых больных с артериальной гипертонией

Д.Т. Сафохонов

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Рассматривается участие семейных медицинских сестёр в вопросах консультирования больных с артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Проведённое исследование показало, что только 16,5% больным с АГ были даны рекомендации относительно коррекции модифицируемых факторов риска, и у 31,6% пациентов была выполнена оценка здорового образа жизни.

При специальной целенаправленной подготовке среднего медперсонала по консультированию пожилых больных, можно было бы использовать огромный потенциал многочисленного среднего звена медработников в борьбе с АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, семейная медицинская сестра, пожилой и старческий возраст, консультирование

Актуальность. Проблема АГ у лиц пожилого и старческого возраста актуальна в связи с широкой распространённостью и серьёзностью этой болезни. Распространённость АГ среди взрослого населения составляет 15-25%, а у лиц старше 65 лет она превышает 50% [1,2].

АГ во многих странах является медицинской прерогативой учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). [3,4]. Однако не вызывает сомнений, что все усилия врачей по улучшению качества жизни пожилых больных с АГ, ранней диагностики, предупреждения осложнений могут оказаться малоэффективными без участия семейной медицинской сестры (СМС), с которой наиболее часто контактирует пациент. Более того, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает сестринский персонал, как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной медицинской помощи [5].

Однако в настоящее время медицинские сестры в Центрах здоровья мало вовлечены в консультативную деятельность и немедикаментозной терапии АГ [6]. На специальной сессии XVI Европейской конференции по вопросам АГ, а также и в проведённых в последние годы исследованиях в ряде стран, указано на то, что медсёстры могут взять на себя больше ответственности и участвовать в первичной и вторичной профилактике АГ [7].

Проводимые консультации со стороны среднего медперсонала могут быть эффективными в изме-

нении образа жизни пожилых больных АГ. Однако, существует ряд барьеров для проведения консультирования, в частности, нехватка времени у врачей и медицинских сестёр, недостаточное знание о факторах риска развития АГ [8,9].

В соответствии с национальными и международными стандартами оценка и управление факторов риска является существенным при ведении больных с АГ пожилого и старческого возраста [10-12].

Целью исследования является оценка качества консультирования больных с АГ пожилого и старческого возраста медицинскими сёстрами в Городском центре здоровья (ГЦЗ) Исфары.

Материал и методы. Исследование проводилось среди 139 пациентов пожилого и старческого возраста с АГ (мужчин – 46, женщин – 93), при однократном или многократных посещениях больных. В исследовании участвовали 10 СМС ГЦЗ Исфары и 10 старшекурсников Исфаринского медицинского училища, прикрепленных к каждой медицинской сестре в качестве наблюдателей. СМС не были осведомлены в том, что консультирование больных относительно здорового образа жизни являлось объектом (предметом интереса) исследования, о чём были проинструктированы наблюдатели, ведущие записи в своих дневниках, как на учебно-производственной практике.

Была разработана специальная анкета, содержащая социально-демографическую характеристику больного и медсестры, с указанием стажа работы меди-



цинской сестры, возраст и пол больного, наличие жалоб при посещении, продолжительность консультирования, результаты АД, оценены ли факторы риска, какие рекомендации были даны относительно ведения здорового образа жизни.

Анкета включала в себя общую информацию, такую как количество посещений, основные темы (в зависимости от продолжительности обсуждения беседы) и продолжительность времени обсуждения образа жизни.

При беседе об образе жизни (оценка факторов риска) включались вопросы повышенной массы тела (ПМТ), нарушения диеты, физической активности, курения и употребления алкоголя.

Оценка образа жизни была определена как сбор информации о ПМТ или изменении массы тела, о режиме питания, физической активности, курении, употреблении алкоголя или изменении такого поведения. Она также включала измерение массы тела и окружности талии.

Мы определили частоту различных элементов консультирования по образу жизни в соответствии с вышеупомянутыми критериями. Поскольку частота консультирования относительно образа жизни может отличаться между пациентами в зависимости от стадии заболевания (поздняя стадия гипертензии/ранняя стадия диагноза), возраста (>60 или >75 лет) и пола (мужской/женский), мы определяли частоту консультирования после стратификации для этих групп пациентов.

Результаты и их обсуждение. Общая характеристика СМС и пациентов. Среди участников исследования, со стажем работы менее 5 лет по специальности семейная медицинская сестра была 1 (10%), от 15 до 15 лет – 3 (30%). Большая часть медсестёр (6; 60%) имели стаж работы более 15 лет.

Большинство пациентов были в возрасте от 60 до 74 лет. Женщин было больше (66,9%), чем мужчин (табл.). Большинство визитов медицинских сестёр были к пациентам с установленным диагнозом гипертонической болезни.

Частота и продолжительность консультирования.

Средняя продолжительность посещений, в общем, составила $8,8 \pm 3,7$ минуты, в диапазоне от 2,5 до 25 минут. Тема, касающаяся здорового образа жизни обсуждалась в 16,5% визитов. Продолжительность посещения, как правило, была больше, когда образ жизни был обсуждён, по сравнению с тем, когда он не обсуждался (средняя продолжительность $9,4 \pm 3,3$ минуты против $8,5 \pm 3,8$ минуты).

При изучении образа жизни больных с АГ пожилого и старческого возраста медицинские сестры у 44 (31,6%) из 139 больных обратили внимание на факторы риска (рис.1). Повышенная масса тела (ПМТ) оценивалась чаще всего (20,9% посещений), а затем нарушение диеты (14,4%) и курение (6,5%). Физическая активность была оценена только в 5,8% случаев. Употребление алкоголя было выяснено только у 3 больных (2,2%). При большинстве визитов рассматривался только один из пяти факторов риска. Наиболее распространённой комбинацией была оценка ПМТ и нарушение диеты (10 посещений). В трёх визитах были оценены три и в двух визитах два компонента образа жизни. Только одно из таких посещений включало все компоненты образа жизни.

Конкретные рекомендации по образу жизни.

В 23 (16,5%) из 139 посещений медицинские сестры давали советы по снижению повышенной массы тела, питанию, физической активности, о курении и употреблении алкоголя. Большинство советов касались питания. На рисунке 2 представлен процент посещений пациентов с АГ, при которых медсестры давали конкретные рекомендации относительно образа жизни этих пожилых больных.

В большинстве случаев содержание советов по образу жизни имело весьма общий характер. Примерами советов являлись «Попробуйте сбросить вес», «Ограничьте употребление соли», «Больше двигайтесь».

Обсуждение. Настоящее исследование показало, что при посещениях медицинскими сестрами больных с АГ пожилого и старческого возраста, консультирование по вопросам образа жизни было проведено в 16,5% наблюдаемых посещений. Оценка образа

ТАБЛИЦА. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АГ

Возраст	65- 74 лет	98	70,5%
	Старше 75 лет	41	29,5%
Пол	Мужчины	46	33,1%
	Женщины	93	66,9%
Состояние АД	АГ	127	91,3%
	ИСАГ	12	8,7%

Примечание: ИСАГ – изолированная систолическая АГ

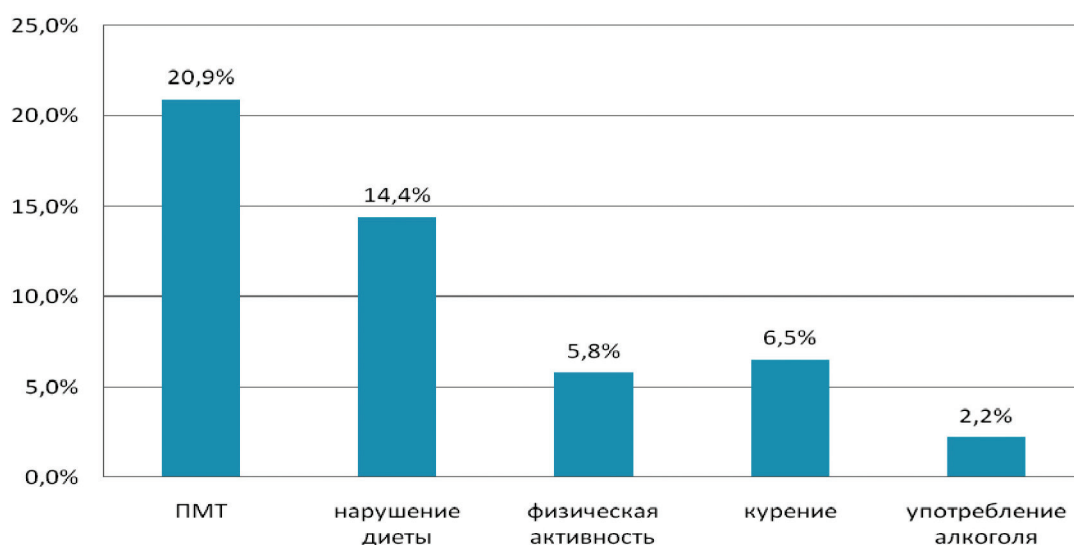


РИС.1. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С АГ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СМС



РИС.2. ПОСЕЩЕНИЕ МЕДСЕСТРАМИ БОЛЬНЫХ АГ С КОНКРЕТНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

жизни была проведена в одной трети посещений, наиболее часто обсуждалась ПМТ, реже – курение, физическая активность и употребление алкоголя. Учитывая тот факт, что ожирение является одним из факторов риска гипертонии, большинство советов касались вопросов массы тела и питания [8,9].

В большинстве посещений обсуждение образа жизни было кратким, поэтому не могут быть охарактеризованы как консультирование в строгом смысле этого слова.

Наше исследование было направлено, прежде всего, на оценку частоты консультирования по образу жизни и то, как оно было предоставлено на практике. Мы не сосредоточились на сравнении фактического содержания оценки и рекомендации в существующих

руководящих принципах и других имеющихся доказательств.

В связи с целью исследования мы не могли оценить некоторые элементы консультирования (например, оценка мотивации пациента к изменению в поведении).

Таким образом, необходимы дальнейшие исследования для оценки фактического содержания и эффективности консультаций со стороны медицинских сестёр.

В соответствии с руководящими принципами [10-12], следует обратить внимание на модифицируемые факторы риска (курение, ПМТ, соблюдение диеты и употребление алкоголя) во время каждого посеще-



ния больных с АГ пожилого и старческого возраста. Тем не менее, только в 1/5 посещений осуществлена оценка ПМТ, и только шесть пациентов получили консультации относительно коррекции повышенной массы тела. Это означает, что лишь небольшая часть пациентов получили необходимые консультации. Для достижения этой цели должны быть устранены барьеры для консультирования, такие как нехватка времени, так как она является одним из основных препятствий, указанных медицинскими сёстрами, нехватка раздаточного материала, недостаточные знания СМС по проблемам АГ.

Резюмируя, можно сказать, что вопросы образа жизни обсуждались в менее чем в половине визитов медицинских сестёр к больным с АГ пожилого и старческого возраста. Время консультаций, в основном, было непродолжительным, и они не были выполнены в соответствии с важными принципами консультирования здорового образа жизни.

Для увеличения эффективности ведения больных с АГ необходимо улучшить как частоту, так и качество консультаций по образу жизни, проводимых медицинскими сёстрами.

В связи с этим необходимо уделять больше внимания специальному обучению медсестёр, их практическим тренингам, а также работе специальных ассоциаций медсестёр. Именно медсестры порой способны оказать необходимое влияние на пациента, небрежно относящегося к назначениям врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Keenan N.L. Prevalence of hypertension and controlled hypertension-United States, 2005-2008 / N.L. Keenan, K.A.Rosendorf // Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington). – 2011. – Т. 60. – С. 94-97
2. Распространённость артериальной гипертензии в России: информативность, лечение, контроль / С.А.Шальнова, А.Д.Деев, О.В.Вихирева, Р.Г.Оганов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. - № 2. - С. 3-7
3. Атун Р. Решение сложных проблем в здравоохранении России: повышение роли первичной медико-санитарной помощи / Р.Атун // Материалы 4-й Ежегодной научной конференции НИСП «Социальная политика: вызовы XXI века». – 2005. – С.46-49
4. Оганов Р.Г. Артериальная гипертензия проблема поликлиническая / Р.Г. Оганов, В.А. Галкин, Г.Я. Масленникова //Терапевтический архив. -2006. -№1. -С. 6-9
5. Marmot M. WHO European review of social determinants of health and the health divide / M.Marmot [et al.] //The Lancet. – 2012
6. Glynn L.G. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review / L.G.Glynn [et al.] //The British Journal of General Practice. – 2010. – Т. 60. – №. 581. – С. e476
7. Козлов И.Д. Роль среднего медицинского персонала в ведении пациентов с артериальной гипертензией / И.Д. Козлов //Медицинские знания. - 2003. - №5. - С.7 – 9
8. Geleijnse J.M. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations / J.M. Geleijnse, F.J. Kok, D.E. Grobbee // Eur. J. Public Health. – 2004. -№ 3. - P. 235-9
9. Clark C.E. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis / C.E.Clark [et al.] // BMJ: British Medical Journal. – 2010. – Т. 341
10. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвёртый пересмотр).- М. – 2010. – 124с.
11. Drevenhorn E. Counselling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective. – Inst of Health and Care Sciences. - 2006
12. Mancia G. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / C.E.Clark [et al.] //Blood pressure. – 2013. – С. 1-86



Summary

Assessment of quality nurses consultation of elderly patients with arterial hypertension

D.T. Safohonov

Chair of Family Medicine N1 of Avicenna TSMU

Participation of family nurses (FN) in matters of counseling patients with arterial hypertension (AH) in elderly and in senility age in primary health care (PHC) is considered. Provided study showed that only 16.5% of patients with hypertension were given recommendation about correction of modifiable risk factors, and 31.6% of patients have been performed assessment of healthy lifestyle.

At a special targeted training of nurses for counseling elderly patients could use the huge potential of numerous mid-level health workers in the fight against hypertension.

Key words: arterial hypertension, a family nurse, elderly age, counseling

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сафохонов Довуд Тоирович – соискатель кафедры
семейной медицины №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Рахими-1, ГЦЗ №2
E-mail: safokhonov@mail.ru