

РОЛЬ МЕДСЕСТЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЕДЕНИИ ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ

И.В. Островская, канд. психол. наук
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

mma_vso_kusd@mail.ru

2010 год объявлен ООН Международным годом медицинских сестер. Тема Международного дня медицинских сестер-2010 – «Обеспечение лучшего качества сестринской помощи населению. Медицинские сестры – ведущее звено помощи пациентам с хроническими заболеваниями». Медсестры могут внести огромный вклад не только в профилактику этих болезней, но и в предоставление помощи миллионам таких больных во всем мире.

Ключевые слова: 12 мая – Международный день медицинских сестер, хронические заболевания, сахарный диабет, профилактика заболеваний, ведение пациентов с хроническими заболеваниями.

Мировое сообщество столкнулось лицом к лицу с проблемой повышения уровня смертности и развития инвалидности вследствие роста числа больных с хроническими заболеваниями. Хронические заболевания традиционно ассоциировались с промышленно развитыми странами, в то время как основное внимание и ресурсы развивающихся стран были направлены главным образом на профилактику и лечение инфекционных болезней. Однако на сегодня, по данным ВОЗ, около 60% случаев смерти во всем мире связано с хроническими заболеваниями и 80% этих случаев приходится на страны с низким и средним уровнем доходов (WHO, 2008a).

Подобный рост уровня заболеваемости имеет много причин, большинство которых лежат за пределами влияния системы здравоохранения. Однако здравоохранение должно начать борьбу с хроническими заболеваниями, и медсестры могут внести огромный вклад не только в их профилактику, но и в предоставление помощи миллионам пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Для обозначения этих заболеваний используется много близких по смыслу терминов, часто взаимозаменяемых: хронические болезни, хронические состояния, длительные состояния, заболевания, связанные с образом жизни, неинфекционные заболевания.

ВОЗ описывает хронические заболевания как «длительно протекающие болезни с медленным развитием», хронические состояния – как «проблемы со здоровьем, которые требуют длительного ведения пациентов» (WHO, 2002). Неинфекционные заболевания определя-

ются как болезни, возникающие в результате генетической предрасположенности, образа жизни или воздействия окружающей среды.

Термин «хронические состояния» часто используют как всеобъемлющий: неконтагиозные состояния (например, астма, диабет), персистирующие контагиозные состояния (например, ВИЧ/СПИД, туберкулез); длительные психические расстройства, такие как депрессия и шизофрения; состояния, обусловленные серьезными и необратимыми структурными изменениями в тканях; генетически обусловленные нарушения, приводящие к инвалидности.

Сестринскому персоналу очень важно понимать масштаб проблемы, задачи, связанные с их решением, которые необходимо предпринять для поддержания здоровья, профилактики болезней и обеспечения соответствующего ухода тем, кто в этом нуждается.

Решение проблемы хронических заболеваний – одна из главных задач развития мирового сообщества в XXI веке. Диабет, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), респираторные заболевания, некоторые формы рака представляют собой первоочередную угрозу здоровью человека и его развитию и являются самыми жестокими убийцами человечества.

ССЗ во всем мире занимают 1-е место в структуре смертности. В 2004 г. от них умерли 17,1 млн. человек, 29% всех умерших в том году. Из них 7,2 млн погибли от коронарных заболеваний, 5,7 млн – в результате инсульта. 82% смертей имели место в странах с низким и средним уровнем дохода. По прогнозам, к 2030 г. около 23,6 млн людей будут ежегодно умирать от ССЗ.

В соответствии с данными Международной диабетической федерации, в 1985 г. в мире насчитывалось около 30 млн больных диабетом. Сегодня их 245 млн, т.е. за 20 лет их количество выросло более чем в 7 раз. Если не принимать мер для остановки этой эпидемии, через 20 лет количество людей с диабетом достигнет 380 млн. Диабет – основная причина потери зрения и развития слепоты в развитых странах. Он считается также основной причиной ампутации конечностей. Такие больные наиболее предрасположены к инфарктам, инсультам и заболеваниям почек. Каждый год диабет выявляют у 7 млн человек, ежегодно от него в мире умирают 3,8 млн человек, т.е. каждые 10 с в мире кто-то погибает от причин, вызванных диабетом. Больше всего людей, страдающих диабетом, – в Индии (40,9 млн),

в Китае (39,8 млн), в США (19,2 млн), в России (9,6 млн), в Германии (7,4 млн), и по крайней мере половина больных не подозревают о своем заболевании (в некоторых странах это число может достигать 80%).

Свыше 80% случаев диабета типа 2 можно предотвратить, правильно питаясь и повышая физическую активность.

Диабетическая ретинопатия – ведущая причина потери зрения у людей от 20 до 65 лет в развитых странах. В этих странах пациенты с диабетом типа 2 живут в среднем на 5–10 лет меньше, чем люди, не страдающие диабетом.

В 2004 г. от рака умерли 7,4 млн человек (13% всех умерших). Наиболее часто умирают от рака легких, желудка, печени, толстой кишки и молочной железы. Более 30% смертей от рака могли бы быть предотвращены. Самым существенным фактором риска развития рака признается употребление табака. Предполагается, что к 2030 г. от рака будут умирать около 12 млн человек ежегодно.

Сотни миллионов человек страдают от хронических респираторных заболеваний, из них около 300 млн – астматики, 210 млн имеют хронические обструктивные заболевания легких. Миллионы страдают аллергическим ринитом и другими хроническими респираторными заболеваниями.

Все эти заболевания предотвратимы. Свыше 80% заболеваний сердца, инсультов, диабета типа 2 и около 1/3 онкологических болезней могут быть предотвращены путем устранения факторов риска, среди которых первые места занимают курение, нездоровое питание, малоподвижный образ жизни, чрезмерное потребление алкоголя.

Причинами заболеваний часто являются глубокие социальные изменения, включая урбанизацию и экономическую глобализацию, социальную политику. Социальная несправедливость, постарение населения – тоже значимые причины повышения заболеваемости.

Влияние хронических заболеваний на глобальное развитие общества

Развитие обычно ассоциируется с постоянными устойчивыми улучшениями в экономической и социальной сферах. Существует мнение, что развитие дает возможность повысить благосостояние; полагают также, что благосостояние – необходимое условие для непрерывного развития. Конечно, благосостояние – важный аргумент, когда встает вопрос о необходимости инвестиций в систему здравоохранения. Не вызывает сомнения, что существует прямая зависимость между экономическим благосостоянием страны и здоровьем ее населения. Однако усугубляющееся экономическое неравенство внутри стран во всем мире ведет к тому, что малоимущим слоям населения в высокоразвитых странах гораздо меньше доступны услуги здравоохранения, чем богатым в малоразвитых странах. Хронические заболевания и факторы риска, их вызывающие, напрямую связаны с бедностью, поэтому эту проблему нельзя не обсуждать, говоря о глобальном развитии.

Хронические заболевания высокочрезвычайно затратны как для отдельного человека, так и для общества в целом. Они мешают развиваться, лишают людей будущего.

План действий ВОЗ в рамках глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний на 2008–2013 гг. (*The WHO 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*) предлагает странам рекомендации для переориентации и укрепления систем здравоохранения. Они предусматривают:

- гарантированное обеспечение соответствующих норм, правил, принципов;
- равноправный доступ к жизненно важным лекарственным препаратам и технологиям;
- стандарты первичной медико-санитарной помощи;
- хорошо функционирующие механизмы взаимодействия между различными структурными единицами;
- использование основанных на доказательной практике рекомендаций и стандартов по таким распространенным состояниям, как ССЗ, рак, диабет, хронические респираторные заболевания;
- инвестиции в раннюю диагностику рака молочной железы и шейки матки, диабета, гипертонии и других факторов риска развития ССЗ;
- совершенствование подготовки врачей, медсестер и других работников системы здравоохранения;
- поддержку права человека с неинфекционным заболеванием управлять своим состоянием (например, обучение, мотивация, самоменеджмент) и пр.

Медсестры могут использовать эти рекомендации для того, чтобы сообщать о своем вкладе в профилактику неинфекционных заболеваний на национальном и местном уровнях.

На встрече Организации экономического сотрудничества и развития (*Organization for Economic Cooperation and Development, OECD*) в 2008 г. было отмечено, что:

- в США затраты на лечение людей с хроническими заболеваниями составляют около 75% всех затрат (а это 2 трлн долларов) на здравоохранение;
- так как затраты на лечение хронических заболеваний растут, это может отрицательно повлиять на расходы на образование и развитие инфраструктуры как в развитых, так и в развивающихся странах;
- затраты на профилактику заболеваний составляют только 3% всех расходов на здравоохранение в странах OECD.

Часто причины развития хронических заболеваний не связаны с состоянием здравоохранения. Поэтому в профилактическую деятельность должны быть вовлечены такие секторы экономики, как сельское хозяйство, финансы, торговля, транспорт, градостроительство, образование, спорт. Необходимо проанализировать деятельность этих секторов и сориентировать ее на технологии, обеспечивающие здоровье.

Снижение факторов риска. Свыше 80% заболеваний сердца, диабетом типа 2, инсультов и около 1/3 онкологических заболеваний можно предотвратить путем устранения факторов риска или управления ими. Основные поведенческие факторы риска – курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, чрезмерное потребление алкоголя. К физиологическим

факторам риска относят повышенное кровяное давление, повышенные уровни в крови холестерина, глюкозы, ожирение.

Стратегии, направленные на снижение факторов риска, должны быть нацелены на расширение информированности населения и обеспечение возможности вести здоровый образ жизни.

Уровень отдельного человека. Люди принимают решение заниматься своим здоровьем по разным причинам. Одни хотят выглядеть лучше, другие – чувствовать себя лучше, третьи просто хотят быть здоровыми. Эти намерения не всегда предотвращают развитие хронических заболеваний, но снижают риски их развития с помощью определенных действий:

- отказ от курения, в случае необходимости – использование заместительной терапии;
- ответственный подход к употреблению алкоголя;
- регулярные упражнения, эквивалентные энергичной 30-минутной пешей прогулке 3 раза в неделю;
- поддержание оптимальной массы тела, употребление 5 порций свежих фруктов и овощей ежедневно, снижение потребления соли и переход на употребление ненасыщенных жиров.

Даже людям, которые имеют возможности, средства и мотивацию для этих действий, порой непросто их осуществлять изо дня в день. Поэтому медсестры должны поддерживать самого человека и убеждать его родственников и близких в необходимости такого поведения и помощи в его осуществлении.

Уровень отдельной территории. Благоприятные условия для обучения и работы могут оказывать огромное влияние на здоровье детей и взрослых и их жизнедеятельность в целом. Медсестры могут играть существенную роль в поддержке таких инициатив, как образовательные и информационные кампании, здоровое питание в школах и на рабочих местах, создание условий для физической активности, т.е. создание таких условий, при которых будет привлекательным именно выбор поведения, направленного на здоровье.

Изменения в обществе в целом. Изменения в обществе в целом предусматривают, помимо всего прочего: повышение налогов на продажу табака и алкоголя; издание законодательных актов, касающихся курения, употребления алкоголя, производства и продажи пищевых продуктов. Изменения технологий производства пищевых продуктов, например снижение содержания в них жира и соли, могут оказать значительное влияние на здоровье населения.

Предотвращение факторов риска развития хронических заболеваний связано со множеством проблем (затраты, особенности культур; доступ к информации; принятие решений).

Существуют различные модели ведения пациентов с хроническими заболеваниями. Рассмотрим 2 из них.

1. Модель ухода за людьми, страдающими хроническими заболеваниями (*The chronic care model – CCM*). Сущность этой модели – в организации взаимодействия между «информированным активным пациентом и подготовленной проактивной командой практиков». Это означает, что «замотивированный пациент, имеющий необходимую информацию, обладающий определенными умениями, доверяющий команде, принимает

эффективные решения относительно своего состояния и управления им» (*Improving Chronic Illness Care, 2004*).

2. Модель ВОЗ «Инновационный подход к хроническим состояниям» (*The WHO Innovative Care for Chronic Conditions – ICC*) базируется на представлении о том, что позитивные результаты в управлении хроническими состояниями достигаются только тогда, когда подготовленные, информированные, замотивированные пациенты, их семьи, медицинские работники и организации работают вместе. Модель основана на принципах качества и гибкости системы профилактики, принятии решений на основе доказательной практики

Вклад медсестер. Обе модели сфокусированы на информировании и мотивировании пациентов, семей и общественности к сотрудничеству с командой профессионалов. Медсестры играют важнейшую роль в предоставлении пациенту информации и его обучении, выстраивании отношений между пациентами и его окружением, обеспечении непрерывности ухода, использовании передовых технологий ухода.

Хотя модель ухода за людьми, страдающими хроническими заболеваниями (*The chronic care model – CCM*) была принята в США и внедрялась в практику в основном врачами, некоторые из них полагали, что именно медсестры, а не врачи, занимают ключевую позицию во внедрении этой модели в работу команды.

Многие положительные результаты планового ухода могут быть достигнуты благодаря улучшению сотрудничества с пациентом. Команда медсестер оказалась более соответствующей этой работе, способной устанавливать более доброжелательные отношения с пациентами, чем команда врачей, т.е. медсестры в большей степени готовы взять на себя ответственность за решение проблемы хронических состояний (Bischoff et al., 2009).

Независимо от используемой модели ведения пациентов с хроническими заболеваниями медсестры играют ведущую роль в ее применении, поэтому должны обладать необходимыми знаниями, умениями и навыками мультидисциплинарного и междисциплинарного характера.

Проблема состоит в том, чтобы конкретизировать общие элементы ухода и ведения пациентов с хроническими заболеваниями и знания, необходимые при наличии у больных сопутствующих и комплексных состояний. Международный совет медицинских сестер (MCMC) предлагает рамки компетенций, необходимых для медсестер, работающих в специализированных отделениях.

Компетенции, требующиеся медсестрам для профилактики и ведения пациентов с хроническими заболеваниями (ICN, 2008):

- участие в мероприятиях, связанных с облегчением доступа к медицинским услугам (*зарегистрированная медсестра*);
- уважение права пациента на информацию и автономию при выборе медицинских услуг (*зарегистрированная медсестра, медсестра-специалист*);
- профессиональная честность, порядочность и этическое поведение при выписке лекарств и другой продукции без учета рекламных технологий и желания заработать (*медсестра-специалист; медсестра повышенного уровня*);

- обеспечение информацией и образовательными ресурсами пациентов, стремящихся изменить свой образ жизни; выбор направлений профилактических мероприятий (*зарегистрированная медсестра*);
- анализ возможностей и обеспечение инструкциями и руководствами по профилактике заболеваний и поддержанию здорового образа жизни отдельных людей, семей и общественности (*зарегистрированная медсестра, медсестра-специалист*);
- выбор стратегий обучения в соответствии с потребностями и характеристиками индивидов или групп (*зарегистрированная медсестра, медсестра-специалист*);
- совместная деятельность с другими группами, профессионалами и организациями по снижению уровня развития хронических заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и созданию благоприятной окружающей среды (*медсестра-специалист*);
- совместная работа с другими профессионалами здравоохранения для повышения качества медицинского обслуживания (*зарегистрированная медсестра*).

Ведение пациентов с хроническими заболеваниями

Все чаще медсестры берут на себя ведущую роль по ведению пациентов с хроническими заболеваниями. В некоторых учреждениях это связано с увеличением количества людей, нуждающихся в таком уходе. В других местах появление медсестер-специалистов и клинических медсестер – стратегическое решение. В Великобритании одними из первых специалистов, которые взяли на себя более широкий круг обязанностей по ведению пациентов с хроническими заболеваниями, стали диабетические медсестры.

Ведение пациентов с диабетом типа 2. В 2008 г. на основе систематических обзоров результатов научных исследований в Великобритании были пересмотрены и изменены NCC-CC 2008; Bannister 2008 «Национальные руководства по ведению пациентов с диабетом 2-го типа в первичном и вторичном звене медицинской помощи». Подобные руководства есть и в других странах. Из этих руководств ясно следует, что медсестры вполне способны взять на себя ответственность по уходу за пациентами с диабетом и их ведению.

Рассмотрим основные руководящие принципы.

Пациентцентрированный уход: все внимание следует сосредоточить на индивидуальных потребностях и предпочтениях пациента. Жизненно важно давать ему возможность принимать решения, исходя из информации, основанной на доказательной практике, и обучаться.

Образование: оно должно быть доступно для всех пациентов после установления диагноза. Хотя групповое обучение предпочтительнее, должна быть альтернатива для тех, кто не может или не желает присутствовать на занятиях. Обучение должно строиться в соответствии с программой и осуществляться квалифицированными преподавателями. Оно должно быть высокого качества и регулярно проходить проверку. Ежегодное обновление программ – важнейший компо-

нент ведения пациента. Необходимо, чтобы все медицинские работники, участвующие в ведении пациента, были знакомы с программой обучения.

Советы по питанию должны основываться на принципах здорового питания и в первую очередь быть нацелены на снижение риска развития сердечно-сосудистой патологии. Следует поощрять потребление фруктов, овощей, цельнозерновых продуктов, бобовых, нежирных молочных продуктов и рыбы. Потребление продуктов, содержащих насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, должно быть под контролем. Нежелательно использовать эти кислоты в специальных продуктах для диабетиков.

Артериальное давление: пациентам, страдающим диабетом типа 2, рекомендуется поддерживать давление на уровне ниже 140/80 мм рт. ст. Для тех, у кого поражены почки, глаза или сосуды головного мозга, этот показатель должен быть ниже 130/80 мм рт. ст. На начальной стадии заболевания даются советы по здоровому образу жизни, но если это не помогает снизить давление, назначаются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Женщинам, которые планируют беременность, рекомендуется прием блокаторов кальциевых каналов. Назначенную терапию следует регулярно пересматривать.

Контроль содержания сахара в крови. Международная федерация диабета рекомендует удерживать гликированный гемоглобин HbA1c на уровне ниже 6,5%. Пациентам, которые стремятся достичь уровня HbA1c около 6,5%, важно знать, что любое снижение уровня гликированного гемоглобина до требуемого значения полезно. Резкое снижение уровня HbA1c ниже 6,5% не рекомендуется.

Контроль за уровнем глюкозы в крови. Самостоятельный контроль за уровнем глюкозы должен предлагаться всем пациентам при выявлении диабета как неотъемлемая часть его дальнейшего самообразования. Но не все пациенты выражают желание следить за этим. Следует обязательно сообщить о цели мониторинга, обучить больных интерпретации результатов и последующим действиям. По крайней мере раз в год необходимо заново подтверждать принятое пациентом решение о самомониторинге, анализировать его преимущества и результаты.

Контроль уровня липидов. У большинства пациентов, страдающих диабетом типа 2, высок риск развития ССЗ. Статины показаны большинству больных старше 40 лет. Пациентам до 40 лет с высоким риском развития ССЗ также показаны статины. Среди факторов риска – метаболический синдром, неблагоприятная наследственность, этнический фон, признаки микрососудистых повреждений.

Сестринские новации в ведении пациентов с хроническими заболеваниями

Изменения в сфере здравоохранения заключаются во внедрении новых идей, методов или программ, направленных на профилактику и управление хроническими состояниями (ВОЗ, 2002). Не следует рассматривать внедрение изменений как нечто совершенно новое в сестринской профессии. Медсестры во всем мире ежедневно внедряют изменения в свою практику, стремясь улучшить результаты ухода за пациентами и сни-

зитель расходы системы здравоохранения. Многие сестринские инициативы способствовали значительному улучшению состояния здоровья отдельных пациентов, населения и системы здравоохранения (*ICN Innovations Database*).

Медсестры являются той профессиональной группой, которая может творчески решать проблемы пациентов с хроническими заболеваниями. МСМС всецело поощряет сестринские нововведения и считает очень важным их распространение. Для этого был создан сайт <http://www.icn.ch/innovations/>. Международный день медицинских сестер-2009 был посвящен нововведениям в сестринском деле.

Как отмечалось выше, ведение пациентов с хроническими заболеваниями требует изменения отношений как между медсестрами, пациентами и сообществами, так и изменения отношений внутри команды профессионалов. Медсестры зачастую являются лидерами в формировании и продвижении таких изменений.

Республика Корея. Поддержание содержания глюкозы в крови на уровне, как можно более близком к норме, является ключом к предотвращению осложнений диабета типа 2. Исследование, проведенное в Корее, показывает, что контакты с помощью SMS-сообщений могут помочь пациентам лучше контролировать уровень глюкозы в крови. Пациенты экспериментальной группы еженедельно предоставляли информацию об уровне глюкозы в крови и приеме лекарственных препаратов через Интернет или SMS-сообщения. После интерпретации этих данных пациентам давались рекомендации о диете, физических упражнениях, приеме препаратов, например: «Недостаток физических упражнений может быть причиной повышения уровня глюкозы», или: «Пожалуйста, контролируйте количество потребляемой пищи». Эти регулярные контакты и обратная связь могли стать мотивирующими факторами для контроля глюкозы. Гликированный гемоглобин был ниже у пациентов экспериментальной группы, чем в контроле.

Суринам. Медсестры детского отделения одного из госпиталей играют ведущую роль в улучшении ухода за детьми с хроническими заболеваниями. Детское отделение является частью 216-местной частной больницы в столице Суринама. Медсестры признали неадекватность психологической помощи семьям пациентов. Они разработали программу поддержки семей пациентов с хроническими заболеваниями на основе описанной выше модели ведения пациентов с хроническими заболеваниями. Ожидаемые результаты: сокращение на 40% количества обращений за помощью в результате повышения качества жизни пациентов и их семей и уменьшение пропусков занятий в школе благодаря сокращению сроков госпитализации и времени на посещение поликлиник.

США. Медицинским центром по делам ветеранов г. Dayton (Огайо) разработана программа для женщин, которая включает в себя 5-дневный тренинг по управлению образом жизни. Программа содержит такие темы, как стресс-менеджмент, управление массой тела, питанием, поддержание физической формы, стратегии самоухода. Программа ориентирована как на здоровых женщин-ветеранов, так и на женщин-военнослужащих с более высоким риском

развития ожирения, гипертонии, диабета, остеопороза и рака.

Южная Африка. В госпитале *McCord* разработана программа, направленная на решение проблем медсестер с избыточной массой тела и привычкой к курению. Программа была создана в результате совместных усилий Демократической организации медицинских сестер Южной Африки (DENOSA), МСМС (ICN) и Оксфордского союза здравоохранения (*Oxford Health Alliance*).

Программа основана на принципах «ухода за обеспечивающими уход» и предусматривает мероприятия, направленные на:

- обеспечение здорового питания в обеденный перерыв,
- возможность посетить занятия по физкультуре и различные клубы поддержки;
- участие в скрининговых программах;
- участие в программах по управлению массой тела;
- предоставление никотиновых пластырей тем, кто хочет бросить курить.

МСМС и его партнеры готовы поддерживать другие национальные сестринские ассоциации (NNAs), которые хотят ввести аналогичные программы по улучшению состояния здоровья медсестер, их семей, рабочих мест, школ и местного населения.

Тайвань. Медсестры изучили реакцию на анальгетики пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. Исследование показало, что пациенты имеют неправильные представления об анальгетиках. Для устранения этих заблуждений пациентам и их семьям было предоставлено практическое руководство, в котором разъяснялись механизмы действия лекарств, их побочные эффекты, симптомы привыкания, развитие заболевания и пр. Медсестры разъясняли также пациентам рекомендации по приему анальгетиков с учетом лекарственной формы, эффективности, возможных побочных эффектов и пр. Они подчеркивали важность принятия анальгетиков в установленное время для более эффективного управления болью.

В течение месяца медсестры собирали у пациентов информацию об их реакции на принимаемые лекарства и уровень контроля за болью. Информация обрабатывалась врачами, и затем при необходимости производилась корректировка рецептов. Медсестры постоянно напоминали пациентам о необходимости сообщать о реакции на прием препаратов и привлекали семьи к обсуждению проблем больных. Через месяц обучения управления болью и консультаций пациенты сообщили о снижении уровня интенсивности боли и ее влиянии на повседневную жизнь.

Великобритания. Патронажная медсестра Анита Пламмер (*Anita Plummer*) получила награду за свою программу по управлению весом пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. В 2006 г. во время проверки индекса массы тела (ИМТ) своих пациентов она обнаружила, что у них частота ожирения выше, чем в среднем по стране. Каждый 4-й страдал ожирением, 2 из 3 имели избыточную массу тела. В целом у 605 из 1061 пациента в возрасте 18–75 лет с хроническими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, диабет, гипертония) ИМТ был выше 28. А.

Пламмер разработала образовательную программу по контролю за массой тела, которая оказалась популярной и эффективной (Robinson, 2007).

Объединенные Арабские Эмираты. Ассоциация медицинских сестер Эмиратов при поддержке Министерства здравоохранения начала кампанию по информированию населения о правильной практике поста во время священного месяца рамадан. Информационно-пропагандистской кампанией была охвачена вся страна от Абу-Даби до Фуджейры. Населению предлагалось проверить артериальное давление и уровень глюкозы в крови; раздавались листовки и брошюры о здоровом образе жизни и профилактике осложнений. Другие услуги касались консультирования и обучения молодых людей и их семей диетическому питанию, физическим упражнениям и психосоциальной поддержке. Успех проекта в первую очередь обусловлен поддержкой со стороны Министерства здравоохранения медсестер-добровольцев и широких слоев общественности.

Таким образом, медсестры могут взять на себя ответственность за расширение своего участия в ведении пациентов с хроническими заболеваниями. В то же время МСМС призывает сестринский персонал не только к коллективным действиям, но и обращается к каждой из 13 млн медсестер во всем мире с просьбой сделать личный выбор в пользу здорового образа жизни: отказаться от курения, разумно употреблять алкоголь, правильно питаться, больше двигаться. Если каждая из этих 13 млн станет образцом для своих родных, близких, соседей, коллег, это, несомненно, поможет остановить эпидемию хронических заболеваний.

Рекомендуемая литература

Bannister M. Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance // Primary Health Care. – 2008; 18(8) ISSN: 0264–5033.

Bischoff A., Ekoe T., Perone N. et al. Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It? //Int. J. Environmental Res. . Publ. Health. – 2009; 6: 2258–2270; <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf>.

International Council of Nurses. Nursing Care Continuum Framework and Competencies. – Geneva, ICN, 2008.

Improving Chronic Illness Care (2004). Chronic Care Model, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation. <http://www.improvingchroniccare.org/index.php>.

Robinson F. Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer // Practice Nurse. –2007; 34(10): 14–15.

World Health Organization (2008a) 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. – Geneva, WHO <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>.

World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. – Geneva, WHO, 2002.

ROLE OF NURSES IN THE PREVENTION OF CHRONIC DISEASES AND IN THE MANAGEMENT OF SUCH PATIENTS

I.V. Ostrovskaya, Cand. Psychol. Sci.

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The year 2010 is declared by the United Nations as the International Year of the Nurse. The topic of the International Nurses Day 2010 is to assure better-quality nursing care to the population. Nurses are the leading link of care to patients with chronic diseases. They can make a great contribution not only to the prevention of these diseases, but also the rendering of care to millions of such patients all over the world.

Key words: International Nurses Day, chronic diseases, diabetes mellitus, prevention of diseases, management of patients with chronic diseases.