

ОПЫТ СЕСТРИНСКОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ И РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

А.А. Ащеулов¹, Ю.И. Журавлев, канд. мед. наук
Белгородский государственный университет
E-mail: aleksandr-ash@mail.ru

Представлена трехкомпонентная сестринская технология оценки здоровья, образа жизни и факторов риска развития хронических социально обусловленных неинфекционных заболеваний у сельского населения в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: хронические социально обусловленные неинфекционные заболевания, образ жизни, факторы риска, сестринское дело.

Артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, ожирение и сахарный диабет нередко сочетаются [1]. В ходе масштабных клинических исследований для них выявлено более 200 факторов риска.

Наиболее распространенными факторами риска, влияющими на показатели заболеваемости и смертности от хронических социально обусловленных неинфекционных заболеваний (ХСОНЗ), являются: табакокурение, избыточное потребление алкоголя, неправильное питание (злоупотребление поваренной солью, животными жирами, легкоусвояемыми углеводами и др.); снижение физической активности или ее отсутствие. Эти поведенческие факторы риска оказывают влияние на биологические – отклонение от нормы уровней липидов в крови, ожирение, АГ, которые ведут к повышению заболеваемости и смертности от ХСОНЗ [4].

В настоящее время в клинической практике получила определенное распространение таблица оценки 10-летнего фатального риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Европейских регионах в зависимости от пола, возраста, систолического артериального давления, уровня общего холестерина (ХС) и статуса курения – «SCORE» (Systemic coronary risk evaluation). Таблица разработана с учетом данных Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Росздрава [3]. Однако, несмотря на несомненные диагностические качества таблицы

«SCORE», она не позволяет оценивать все многообразие факторов риска (в частности, стрессы, ожирение, злоупотребление поваренной солью, алкоголем, легкоусвояемыми углеводами и др.).

На современном этапе ощущается высокая потребность в новых подходах медицинских работников к сбору, хранению, переработке и использованию информации о пациенте в клинических целях и в первую очередь – для оценки рисков. Реализация таких подходов становится возможной, в частности, благодаря широкому внедрению в практику информационных технологий и подготовке медсестер новой генерации. Однако в реальной практике эти возможности используются крайне недостаточно.

Практическое здравоохранение нуждается в разработке программных продуктов, способных осуществлять интегративную оценку большого количества как индивидуальных характеристик пациента, так и среды его обитания, и комплексно оценивать как уровень здоровья, так и факторы риска развития ХСОНЗ. В условиях интенсивного развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и общеврачебной практики неуклонно возрастает роль сестринского персонала в ранней диагностике и осуществлении сестринского процесса в отношении пациентов с ХСОНЗ. Однако технологии сестринской помощи на ранних этапах формирования ХСОНЗ в условиях ПМСП в нашей стране только начинают формироваться [5].

В связи с этим разработка технологии комплексной сестринской оценки состояния здоровья, заболеваемости и факторов риска развития ХСОНЗ в амбулаторных условиях представляется одной из приоритетных задач на современном этапе развития ПМСП.

Целью настоящего исследования стала разработка трехкомпонентной сестринской технологии оценки здоровья (ТСТОЗ), образа жизни и факторов риска развития ХСОНЗ у сельского населения в условиях ПМСП.

¹ Александр Александрович Ащеулов – выпускник 2010 г. ФВСО Белгородского государственного университета. Работает заведующим ФАП Яснозоренской амбулатории Белгородской ЦРБ. Его статья заняла 4-е место в конкурсе публикаций по результатам сестринских исследований. Руководитель работы – Ю.И. Журавлев, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней № 2 Белгородского государственного университета.

Задачи исследования:

1. Разработать и оценить клиническую эффективность ТСТОЗ, образа жизни и факторов риска развития ХСОНЗ у сельского населения.

2. Осуществить с помощью ТСТОЗ интегративный анализ здоровья, образа жизни и факторов риска развития ХСОНЗ у взрослого сельского населения в условиях ПМСП в сопоставлении с некоторыми социальными, гендерными и клинико-фармакологическими показателями.

Материал и методы

В исследование было включено 100 пациентов (мужчин – 15, женщин – 85) Яснозоренской амбулатории Белгородской ЦРБ. Возраст обследованных колебался в диапазоне от 18 до 82 лет, составив в среднем $51,3 \pm 1,3$ года.

На 1-м этапе исследования была разработана ТСТОЗ ХСОНЗ в амбулаторных условиях. В основу ТСТОЗ положена полипараметрическая технология анализа. Суть 3 параметров метода заключается в одновременной регистрации ряда параметров – физиологических, психологических и социальных. После соответствующей обработки данных становится возможной комплексная оценка объекта или явления, например уровня здоровья, факторов риска и проблемных зон [2].

В качестве конечной цели исследования рассматривалось совершенствование индивидуального подхода к пациенту (персонализация медицинской помощи).

Оценка физического здоровья осуществлялась с использованием опросника для изучения качества жизни SF-36; факторы риска оценивались по ряду клинических (уровень артериального давления – АД), параклинических (уровни гликемии, ХС в крови и т.д.) и антропометрических показателей (масса тела, рост, объем талии – ОТ и бедер – ОБ) с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ) и индекса ОТ/ОБ.

Опросник SF-36 позволяет оценить возможность выполнения физических нагрузок от минимальной (возможность самообслуживания) до максимальной (все виды физической активности: длительная ходьба, бег, занятия спортом) без ограничений.

Физическое функционирование определяется способностью к выполнению типичной для индивидуума определенного возраста и социальной принадлежности работы (хождение на работу, сама работа, домашнее хозяйство). Физическое функционирование оценивается как низкое при возникновении проблем в работе или при любой другой ежедневной привычной нагрузке из-за состояния здоровья. У лиц с высоким физическим функционированием проблем в выполнении ежедневной работы не возникает. В исследовании с помощью методики SF-36 изучались и другие компоненты качества жизни.

Кроме того, ряд показателей, отражающих наличие и степень выраженности факторов риска

развития ХСОНЗ, получали, применяя опросник, описанный ниже.

Психологическое здоровье изучали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) A.S. Zigmond и R.P. Snaith (1983), социальную компоненту – с помощью оригинального авторского опросника, предусматривающего получение сведений об удовлетворенности респондента образованием, материальным положением, отношениями в семье и с друзьями. К социальному блоку также были отнесены опросники для изучения питания и вредных привычек.

Разработанная ТСТОЗ и факторов риска ХСОНЗ клинически испытана в практике 4 медсестер врача общей практики (ВОП) Яснозоренской амбулатории Белгородской ЦРБ, которые прошли специальную подготовку на рабочем месте по технологии исследования и были обеспечены оригинальным авторским опросником. Опросники распространялись среди пациентов (случайная выборка) на дому в процессе обходов.

Изучение заболеваемости осуществлялось путем контент-анализа (медицинская карта амбулаторного больного – учетная форма №26, карта учета диспансеризации – учетная форма №ВР 327/84/1 и др.). Все пациенты, участвующие в исследовании, давали письменное согласие в соответствии с действующими нормативными актами.

На 2-м этапе исследования был создан реестр пациентов и осуществлена статистическая обработка результатов с использованием программы MS Excel 2007. Вычислялись средние показатели, их стандартные ошибки, проводились парные двухвыборочные t-тесты.

Результаты и обсуждение

Изучение качества жизни сельских пациентов. Анализ выявил у сельских жителей низкие результаты по шкалам, характеризующим ролевую деятельность (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием). Низкие показатели по этим шкалам свидетельствуют о том, что повседневная деятельность испытуемых значительно ограничена как физическим, так и эмоциональным состоянием, что мешает им выполнять повседневную работу (велики затраты времени на нее, снижены объем работы, ее качество и т. п.).

Анализ заболеваемости. Среди основных заболеваний на 1-м месте – гипертоническая болезнь ГБ (46%), затем следуют остеохондроз и вегетосудистая дистония – ВСД (10%), на 3-м месте – сахарный диабет – СД (6%). Относительно реже (4% случаев) встречались атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хронический гастрит, хронический тонзиллит и др. Как осложнение основного диагноза чаще выступают дисциркуляторная энцефалопатия (35%) и ангиопатия (6%). В сопутствующих

Занятия сельских жителей физкультурой и спортом в зависимости от заболеваемости

Нозологическая форма	Доля пациентов, постоянно занимающихся физкультурой и спортом, %
ГБ	1,93
Остеохондроз	14,29
Артроз	18,19
СД	0
ИБС	0
ВСД	15,39

диагнозах лидируют остеохондроз и деформирующий полиостеоартроз (11 и 8% случаев соответственно). В 6% случаев зафиксированы ожирение, АГ и хронический пиелонефрит. Как осложнение сопутствующего диагноза чаще всего регистрировалась дисциркуляторная энцефалопатия (8% случаев). В единичных случаях наблюдались варикозное расширение вен нижних конечностей, мочекаменная болезнь, аллергический дерматит, врожденный порок сердца, заболевание матки, заболевание мочевого пузыря, фиброз легкого, эмфизема легких, хроническая почечная недостаточность.

Оценка артериального давления, уровня ХС в крови и суммарного коронарного риска. Более половины (59%) обследованных страдают АГ; АД на момент обследования колебалось в целом по группе в диапазоне 210/120–125/70 мм рт. ст, в среднем – 141,4±2,3 мм рт. ст. Антигипертензивные препараты принимают большинство респондентов. Подавляющее большинство (89%) знают, каким должно быть АД в норме, 1/3 (39,2%) измеряют АД ежедневно, еще 1/3 (35,2%) – в зависимости от самочувствия, 7,8% – через день, каждый 10-й (9,8%) – 1 раз в неделю, 3,9% – 1 раз в месяц. Кроме того, половина респондентов указывают на отягощенную наследственность по АГ, чаще (42,1%) – по линии матери, реже (7,8%) – по линии отца.

В последние 3 года уровень ХС определяли лишь 29,3% респондентов, из них у каждого 4-го обнаружен повышенный уровень ХС в крови.

Анализ вредных привычек и наследственной отягощенности. Анализ вредных привычек выявил большую долю (30%) злоупотребляющих чаем и кофе; при этом табакокурением страдают лишь 6%, а на злоупотребление алкоголем не указал ни один респондент. Это связано с тем, что опрос проводился в основном среди женского населения, а также, видимо, с нежеланием потребителей табака и алкоголя быть откровенными с интервьюерами.

Наследственность по ХСОНЗ оказалась отягощенной у 59% обследованных, причем у 15,2% – как по линии отца, так и по линии матери.

Оценка питания. Для сельского населения характерна нерациональная модель питания, что проявляется несбалансированностью рациона в количественном и качественном отношении, а также неправильным режимом питания. Установлено низкое потребление овощей и фруктов. Отмечается превышение в сравнении с нормой потребления пищевых жиров в 1,3 раза. Более 1/3 опрошенных ежедневно потребляют мясо и животные жиры. 2/3 злоупотребляют поваренной солью, 1/3 – моносахарами.

Установлена высокая распространенность нарушений пищевого статуса. Около половины (48%) обследованных страдают ожирением и около 1/3 имеют избыточную массу тела. Широко распро-

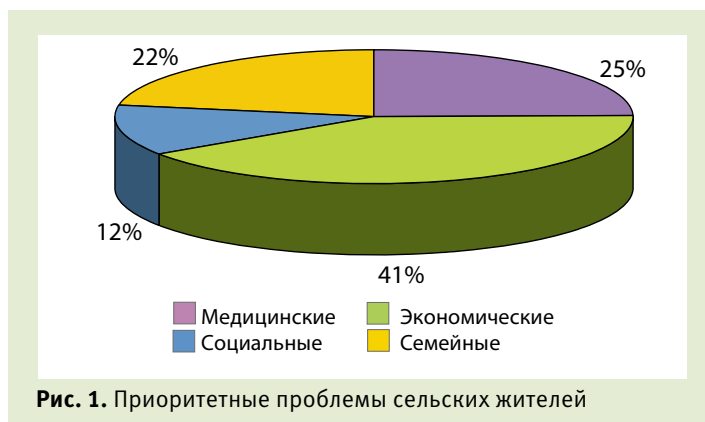


Рис. 1. Приоритетные проблемы сельских жителей

странен неблагоприятный тип ожирения – абдоминальное. При этом каждый 2-й регулярно следит за своим весом, но диету соблюдают лишь 1/3 пациентов.

Приоритетными с точки зрения коррекции были избыток поваренной соли, ХС и энергии, а также существенный дефицит в рационе океанической и пресноводной рыбы. Из возрастных групп наиболее подвержена риску группа 18–39-летних. Определены группы риска (сельские жители с низким уровнем доходов, начальным уровнем образования).

Оценка физической активности. Гиподинамия рассматривается как фактор риска только при ее сочетании с другими факторами риска. По физической активности сельские пациенты распределялись так: 38% ходят лишь 1–2 ч в течение суток, 27% – 2–3 ч, 35% – более 3 ч. 1/3 респондентов проводят за просмотром телепередач более 3 ч в сутки, 2/3 – от 1 до 3 ч и лишь 1 респондент указал, что не смотрит телевизор. В качестве видов двигательной активности сельские жители чаще всего называют занятия домашними делами и пешую ходьбу не менее 30 мин в день, а также работу на приусадебном участке. Только 5% опрошенных занимаются спортом 2–4 раза в неделю, хотя результаты опроса выявили положительное отношение большинства опрошенных к занятиям физической культурой и спортом: 77,9% отметили важность физических упражнений для укрепления здоровья, 48,5% – их пользу для сохранения физической

Таблица 2
Распределение (в %) пациентов с разным уровнем доходов по мотивации отказа от занятий физической культурой и спортом в группах

Мотивация	Уровень доходов			
	высокий	средний	низкий	всего
Отсутствие свободного времени	47,7	40,1	29,6	42,2
Лень	32,9	27,2	20,4	28,9
Отсутствие желания, интереса	28,7	28,4	26,9	28,7
Плохое состояние здоровья	9,1	15,8	31,0	14,6
Отсутствие возможностей заниматься	9,4	14,8	21,0	12,8
Недостаток денег	3,3	12,1	17,2	8,5
Отсутствие групп здоровья, секций	4,0	5,6	8,0	5,0
Отсутствие спортивной базы	5,6	4,2	4,8	4,9
Вредные привычки	2,6	4,1	4,3	3,5
Другое	3,0	3,6	2,7	3,2

формы и фигуры, 32,7% – для поддержания работоспособности, 20,8% – для увеличения продолжительности жизни и т.д.

Однако у большинства респондентов эти оценки расходятся с реальным стилем повседневной жизни, в котором преобладают пассивные формы отдыха. Утренней гимнастикой занимаются лишь 23,6% респондентов, физкультурой и спортом эпизодически в свободное время – 31,3%.

Сравнительный анализ показал, что чаще всего занимаются физической культурой и спортом пациенты с заболеваниями суставов и функциональными расстройствами, гораздо реже – лица с ГБ, а больные с СД и ИБС вообще не занимаются (табл. 1).

На этом фоне часто обнаруживается ожирение с повышением ИМТ в среднем по группе до 30,7±0,7, а у 77% – морбидное ожирение (ИМТ=35,7±0,9; $p < 0,05$). Лишь у 23% масса тела была нормальной.

Отношение сельского населения к занятиям физической культурой и спортом. Эпизодические занятия физкультурой малоэффективны, для поддержания и укрепления физического здоровья человека необходимы регулярные упражнения, как минимум, 2–3 раза в неделю. Доля обследованных, эффективно

Таблица 3
Распределение пациентов по возрасту, исходя из их самооценки

Самооценка	Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%
Согласно паспортному возрасту	3	23,0	27	35,0
Старше	3	23,0	4	5,2
Моложе	7	53,8	46	59,8
Всего	13	100	77	100

занимающихся утренней гимнастикой, – лишь 20,1%, производственной гимнастикой в течение рабочего дня занимается 5,9%, а физической культурой и спортом – лишь 5%.

Обращает на себя внимание то, что большинство занимающихся физической культурой и спортом (68,0%) делают это самостоятельно, вне спортивных секций и групп здоровья, и только 13% опрошенных пользуются спортивными сооружениями.

На охват населения физической культурой и спортом (как и на другие области жизни) существенно влияет социальное расслоение (табл. 2).

Анализ психологического здоровья сельских пациентов. Исследование показало, что для пациентов характерна высокая частота тревожности: чувство очень большой или большой тревоги из-за неопределенности будущего испытывают 71,9% респондентов. Стрессовое состояние значительной части сельского населения (40,9%) обусловлено низким уровнем доходов. Кроме того, 25% обеспокоены преимущественно медицинскими, 22% – семейными проблемами, а каждый 5-й (18,5%) – одиночеством (рис. 1).

Самооценка сельскими пациентами своего возраста. Более половины пациентов (58,8%) ощущают себя моложе своего паспортного возраста. Старше своего возраста ощущали себя 23,1% мужчин, 5,2% женщин. В то время когда средний паспортный возраст опрошенных составлял 51,1±1,3 года, средний возраст по результатам самооценки равнялся 45,5±1,5 года ($p < 0,05$) – табл. 3.

Оценка медицинской активности. Только 1/4 опрошенных считают, что им достаточно медицинских знаний, чтобы правильно лечиться; 2/3 (63,6%) уверены, что у них знаний недостаточно; 11,1% затруднились с ответом. Между тем регулярно пополнять свои медицинские знания, чтобы правильно лечиться, согласны только 76,2% респондентов из тех, кому знаний не хватает. Установлена прямая зависимость между степенью нехватки медицинских знаний и уровнем образования.

Таким образом, для сельского населения характерны высокая распространенность ХСОНЗ, социальное расслоение и снижение уровня жизни.

Значительной доле сельских жителей свойственен нездоровый образ жизни (злоупотребление поваренной солью, кофе, чаем, углеводами, животными жирами, гиподинамия и стресс), что влечет за собой развитие АГ, избыточной массы тела, гиперхолестеринемии. При этом наблюдается высокая частота факторов риска: у каждого 2-го пациента – их 3 и более.

На этом фоне сельские жители отличаются низкой приверженностью к соблюдению диетических рекомендаций, к выполнению рекомендаций врача по организации контроля над заболеванием.

Использование ТСТОЗ дает возможность сестринскому персоналу сельского врачебного участка повысить качество медицинского обслуживания.

Этому способствуют ряд достоинств ТСТОЗ: комплексный (полипараметрический) подход к выявлению факторов риска и проблем пациента (физических, психологических, социальных); невысокая трудоемкость при достаточной информативности, возможность воспроизведения в широкой сети учреждений ПМСП; совершенствование процессов стандартизации и технологизации профессиональной деятельности медсестер и повышение уровня их профессиональной компетентности.

Благодаря применению ТСТОЗ медсестрами на каждого пациента составлена карта сестринского наблюдения, в которой предусмотрена разработка индивидуальной программы первичной и вторичной профилактики ХСОНЗ.

Предлагаемая трехкомпонентная сестринская технология оценки здоровья, образа жизни и факторов риска развития ХСОНЗ у сельского населения в условиях ПМСП рекомендуется к использованию в широкой сети амбулаторно-поликлинических учреждений.

Литература

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов / Президент ВНОК, академик РАМН Р.Г. Оганов – Режим доступа: <http://www.cardiosite.ru/medical/recom-lipid-1.asp>. - Загл. с экрана.

2. Дмитриева Н.В., Глазачев О.С. Полипараметрическая технология доклинической диагностики состояния здоровья человека // Проф. забол. и укрепл. здор. – 2001; 6: 41–45.

3. Журавлев Ю.И., Шептун П.А., Дорошкова Н.П. Полипараметрический метод сбора и оценки медико-социального анамнеза семьи в условиях первичной медико-санитарной помощи // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2010; 9 (1): 120–124.

4. Котельницкая Л.И., Глова С.Е., Хачшева Л.А. и др. Неинвазивные методы скрининговой диагностики хронических неинфекционных заболеваний: учебное пособие. – Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2008. – 51 с.

5. Мамедов М.Н. Метаболический синдром – больше, чем сочетание факторов риска: принципы диагностики и лечения. Пособие для врачей. – М., 2006. – 48 с.

EXPERIENCE OF NURSING EVALUATION OF HEALTH AND RISK FOR CHRONIC DISEASES IN A RURAL POPULATION

A.A. Ashcheulov, Yu.I. Zhuravlev, Cand. Med. Sci.
Belgorod State University

The paper presents three-component nursing technology for assessing the health status, quality of life, and risk factors for chronic socially induced non-communicable diseases in a rural population receiving primary health care.

Key words: chronic socially induced non-communicable diseases, lifestyle, risk factors, nursing.