

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТКОВОЙ МЕДСЕСТРЫ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тиллабаева А. А.

Научный соискатель кафедры Общественного здоровья и управления здравоохранением

Искандарова Ш. Т.

Заведующая кафедры профессор Общественного здоровья и управления
здравоохранением

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7393096>

Аннотация. *Гипертоническая болезнь — это хроническое заболевание, поражающее различные системы организма, характеризующееся повышением артериального давления выше нормы, наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. В статье приведены данные, обсуждающие степень участия среднего медперсонала в развитии заболеваний с артериальной гипертонией. Обсужден вопрос о распространении расширяющейся роли среднего медицинского персонала и использовании доказательной сестринской практики в разрабатываемых коммерческих программах по борьбе с гипертонией.*

Ключевые слова: *артериальная гипертония, сестринский уход, семейная поликлиника, медико-профилактическая помощь, качества.*

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MEDICAL AND PREVENTIVE CARE OF THE DISTRICT NURSE FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Abstract. *Hypertension is a chronic disease that affects various systems of the body, characterized by an increase in blood pressure above normal, the most common disease of the cardiovascular system. The article presents data discussing the degree of participation of nursing staff in the development of diseases with arterial hypertension. The issue of spreading the expanding role of nursing staff and the use of evidence-based nursing practice in developing commercial programs to combat hypertension was discussed.*

Keywords: *arterial hypertension, nursing care, family polyclinic, medical and preventive care, qualities.*

Актуальность. *Артериальная гипертония (АГ) является серьезной медико-социальной проблемой и вызовом для здоровья населения из-за высокой распространённости и неблагоприятного влияния на прогноз [1]. На сегодняшний день более одного миллиарда человек в мире страдают этим недугом и к 2025 году ожидается нарастание этой цифры до 1,5 миллиарда [2]. Артериальная гипертония является одна из наиболее острых медико-социальных проблем, как в мире, так и в Узбекистане. В настоящее время в Узбекистане сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с резким ростом заболеваемости гипертонической болезнью, являющейся не только одним из основных факторов риска развития заболеваний системы кровообращения и смертности населения от них, но и самым распространенным заболеванием [5,6]. Сестринский процесс при гипертонической болезни играет важную роль в поддержании стабильного состояния больного и предупреждении тяжелых осложнений [4]. В Узбекистане, и в других странах отсутствуют конкретные, оптимальные с позиции клинической и экономической эффективности стандарты*

(рекомендации, протоколы) ведения сестринского дела при диагностике и лечении АГ с учетом особенностей системы регионального здравоохранения.

Целью данного исследования явилось: на основе комплексной оценки деятельности сестринского персонала разработать медико-организационные мероприятия по оптимизации сестринского ухода при артериальной гипертензии в первичном звене здравоохранения.

Методы исследования. Для решения поставленных задач и получения достоверных и объективных результатов исследования нами использовался комплекс современных социально-гигиенических и общенаучных методов исследования: аналитический, социологический (анкетирование), инструментальный. Исследование проводилось в семейных поликлиниках Кибрайского района Ташкентской области. Для анализа качества оказываемой медицинской помощи больным с АГ участковым медсестрам, проводился анкетирование среди 30 медицинских сестёр, работающих в центральной многопрофильной поликлинике Кибрайского района.

Результаты исследования. С целью выявления больных с артериальной гипертензией (АГ) и определения предрасполагающих медико-социальных факторов её развития, были обследованы 1082 пациента с болезнью системы кровообращения (БСК), которые в 2019 году проходили по возрасту диспансеризацию в центральной поликлинике Кибрайского района. Из них 272 мужчины (25,1%) и 810 женщин (74,9%), средний возраст которых составил соответственно $50,4 \pm 17$ и $52,2 \pm 16,3$ года. В структуре группы по возрасту преобладают пациенты старше 60 лет (36,5%). Возрастные группы 18–40 лет составили 28,6% и 41–60 лет – 34,9%. По социальному статусу 44,8% обследованных относились к пенсионерам, 55,2% – к не пенсионерам, 51,5% – к работающему населению и 48,5% – к неработающему (таблица 1.).

Таблица 1.

Структура пациентов с БСК проходивших диспансеризацию, (%)

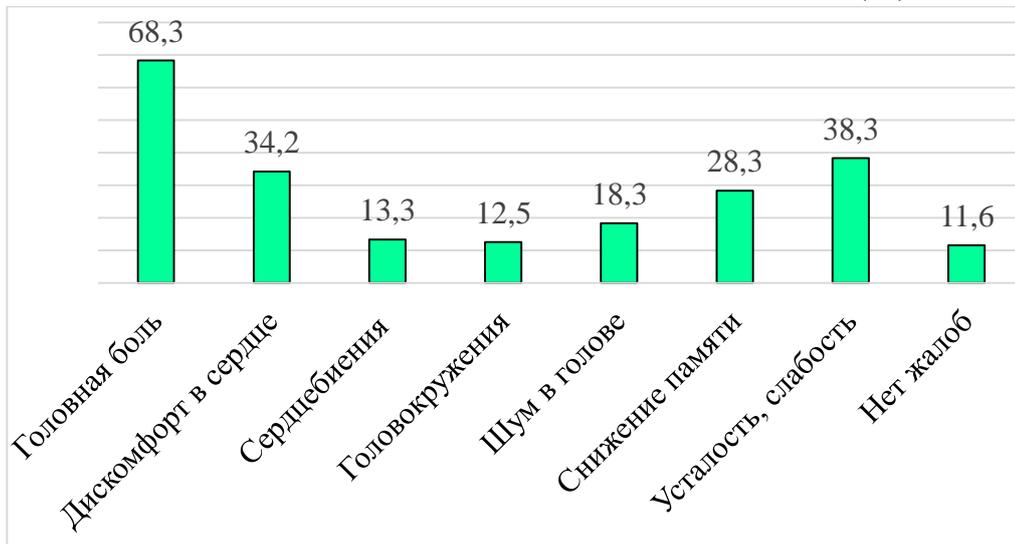
Показатель		Кол-во пациентов	
		абс.	%
Всего		1082	100
Пол	Мужской	272	25,1
	Женский	810	74,9
Возрастные группы	18–40 лет	309	28,6
	41–60 лет	378	34,9
	Старше 60 лет	395	36,5
Социальный статус	Работающие	557	51,5
	Не работающие	525	48,5
	Пенсионеры	485	44,8
	Не пенсионеры	597	55,2

При диспансерном наблюдении 82 (68,3%) больных с АГ при повышении АД предъявляли жалобы в основном на головную боль. Вместе с головной болью 41 (34,2%) пациентов временами испытывали дискомфортные ощущения в области сердца различного характера и интенсивности, 15 (12,5%) – головокружения, 16 (13,3%) – сердцебиения, шум в голове – 22 (18,3%), снижение памяти и концентрации внимания –

34 (28,3%), слабость, усталость, тяжесть во всём теле – 46 (38,3%). Лишь только 14 (11,6%) больных не предъявляли никаких жалоб (рис.1).

Рисунок 1.

Основные жалобы пациентов с АГ (%)



Был проведён анализ причин, вызывающих возникновение вышеуказанных жалоб. На первом месте оказалось – эмоциональное напряжение. Его указали 54 (45,0%) пациентов. Затем следовала физическая нагрузка – 20 (16,6%), связь с переменной погоды указали – 15 (12,5%), употребление алкоголя – 8 (6,7%), умственное напряжение – 7 (5,8%), обильный приём пищи – 4 (3,3%), курение – 3 (2,5%). 9 (7,5%) пациентов не отметили видимых причин, вызвавших повышение АД (рис.2.).

Рисунок 2.

Структура причины вызывающих возникновение жалоб у пациентов с АГ (%)



Нами проведен анализ качества медико-профилактической помощи УМС 200 больным с АГ в ЦМП Кибрайского района. С этой целью провели ретроспективный анализ медицинской документации: паспорт врачебного участка, карта учета работы медицинской сестры, карта учета работы врача общей практики. При оценке качества выявления модифицируемых факторов риска среди пациентов с АГ оказалось, что из 200 пациентов, обратившихся за помощью в поликлинику, факторы риска АГ были выявлены у 136 (68,0%) больных в соответствии с Национальными рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению АГ. У 62 (31,0%) больных - медсестры не обратили внимание на факторы риска развития АГ. Чаще всего оценивалась повышенная масса тела (95,4%), а затем нарушение диеты (34,6%) и курение (19,1%). Физическая активность была оценена только в 12 (6,0%) случаях. Употребление алкоголя было выяснено только у 8 (4,0%) больных. Наследственная отягощенность по АГ уточнялась только в 12 (6,0%) случаях.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ качества оказываемой медико-профилактической помощи больным с АГ в ЦМП Кибрайского района, показал, что мероприятия по выявлению АГ, немедикаментозные вмешательства и диспансерное наблюдение не соответствуют международным стандартам. Мероприятия по выявлению модифицируемых факторов риска и диспансерное наблюдение за пациентами в полном объеме не выполнялись. Данные полученные из анкет пациентов показали, что только в 70 (35,0%) случаях проводился полный сбор анамнеза больного с выяснением модифицируемых факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, низкая физическая активность и др.). Оценка образа жизни была проведена только у трети пациентов, и при этом чаще всего обращалось внимание на повышенную массу тела, реже на курение, физическую активность и употребление алкоголя. Только для половины пациентов УМС давали рекомендации по коррекции факторов риска и образа жизни. Учитывая тот факт, что повышенная масса тела является одним из факторов риска АГ, большинство советов касались лишь вопросов массы тела и питания. Из сказанного следует, что УМС в своей работе недостаточно используют международные стандарты обследования больных с АГ в учреждениях ПМСП. Вопросы образа жизни обсуждались только в половине из всех визитов больных с АГ. Рекомендации, данные УМС во время консультаций, в основном не соответствуют важным принципам пропаганды здорового образа жизни. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что реальная практика ведения больных с АГ не в полной степени соответствует современным требованиям. Подводя итог исследованию уровня профессиональной компетенции УМС по диагностике, профилактике, лечению и тактике ведения пациентов с АГ и качестве оказываемой медико-профилактической помощи данному контингенту, следует отметить недостаточный уровень готовности УМС к работе с больными АГ в соответствии с современными рекомендациями и доказательной сестринской практики.

Помимо ретроспективного анализа изучения данных из амбулаторных карт нами был проведён также проспективный анализ работы УМС на участке с больными с АГ. Известно, что к числу характеристик качества результатов сестринского ухода, относятся характеристики удовлетворенности пациентов качеством предоставленной им помощи. Среди показателей качества деятельности медицинской сестры по уходу за пациентами в амбулаторной службе важным являются субъективные оценки удовлетворенности

пациентов характером и кратностью контактов с медицинской сестрой, полнотой периодического обследования пациента; своевременностью оказания медицинской помощи; качеством проведения сестринских процедур; информированностью о динамике показателей своего здоровья; удовлетворенностью поддержкой и уходом, степенью контактов медсестры с родственниками, общим уровнем сестринского ухода. Опрос проводился среди 120 пациентов с АГ. В качестве инструмента использовался «Опросник удовлетворенности пациентов качеством сестринского ухода».

При анализе ответов на вопросы наибольшее количество оценок было удовлетворительными (43,3%), а наименьшее – отличными (4,16%). В целом, оценки распределились следующим образом: отлично – 5 (4,16%); очень хорошо – 10 (8,3%), хорошо – 28 (23,3%); удовлетворительно – 52 (43,3%); плохо – 25 (20,8%) (рис.3.)

Рисунок 3.

Оценка работы УМС со стороны пациентов с АГ (%)



Результаты опроса показали, что наибольшее количество пациентов оценили работу УМС как удовлетворительно (43,3%), это говорит о низком качестве работы МС на участке с пациентами с АГ.

Компетентность МС, участвующих в лечении амбулаторных пациентов расширяется за счет необходимости овладения ими и педагогическими приемами, включающими обучение пациентов с целью пропаганды ЗОЖ, консультаций по контролю АД, приёму лекарств, оказанию первой помощи, а также обучения родственников приемам ухода и реабилитации пациентов на дому. Обучение МС может осуществляться в различных формах. В ходе настоящего исследования проведено изучение вопроса о предпочтительной форме обучения для повышения квалификации УМС. В анкету включено несколько вариантов повышения квалификации (табл.2.): чтение специальной литературы, посещение занятий в ЦМП, участие в конференциях, изучение нормативно-правовых документов, обмен опытом и прохождение сертификационных циклов.

Таблица 2.

Предпочтительная форма обучения для повышения квалификации среднего медицинского персонала по данным опроса, (%)

Код по человеку	Форма обучения	Чтение специальной литературы для МС	Посещение занятий в ЦМП	Участие в конференциях, проводимых в городе, области и ЦМП	Изучение нормативных и методических документов	Обмен опытом	Прохождение сертификационных циклов	Обучение на углубленных курсах для МС	Не обучаются	Всего обследовано
абс.		21	25	10	6	12	22	4	0	30
%		70,0	83,3	30,0	20,0	40,0	73,3	13,3	0	100,0

Оказалось, что из всего числа опрошенных МС самая большая доля (83,3%) приходилась на посещение занятий в ЦМП, как наиболее доступные для посещения. Также значительная доля (73,3%) опрошенных МС предпочла обучение на сертификационных циклах, а 70,0% высказались за чтение специальной литературы.

С целью повышения знаний УМС по вопросам ведения пациентов с АГ в ЦМП была организована группа обучения из 30 УМС, обучение которых проводилось ассистентом кафедры «Семейной медицины №1» ТашПМИ Тиллабаевой А.А. в ЦМП Кибрайского района, во внерабочее для УМС время. Для УМС было организован цикл из 10 занятий по 1,5 часа (табл. 3). До и после завершения цикла обучения проведено повторное анкетирование с целью выявления влияния обучения на изменения знаний и мотиваций УМС.

Таблица 3.

Тематика занятий для УМС по ведению пациентов с АГ

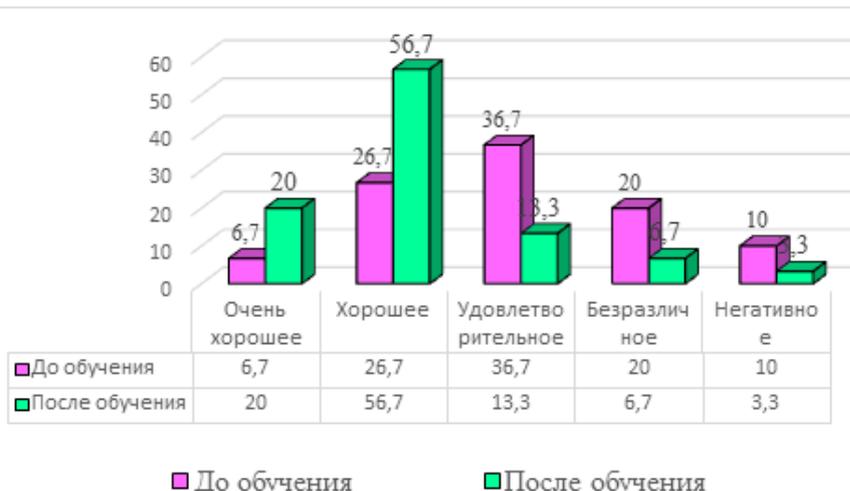
Темы занятий	Время
Входной тест-контроль для проверки уровня знаний. Этиология и патогенез АГ. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития АГ	90 мин.
Классификация АГ. Классификация АД. Определение степеней	9

.	АГ. Шкала SCORE2. Классификация стадий АГ.	0 мин.
.	Клиника, диагностика АГ. Интерпретация лабораторных анализов.	9 0 мин.
.	Тактика ведения пациента с АГ в зависимости от риска ССО.	9 0 мин.
.	Медикаментозное и немедикаментозное лечение АГ	9 0 мин.
.	Неотложные состояния при АГ. Доврачебная помощь при гипертоническом кризе.	9 0 мин.
.	Медицинская реабилитация пациентов с АГ	9 0 мин.
.	Профилактика и диспансерное наблюдение пациентов с АГ.	9 0 мин.
.	Практические навыки. Измерение АД, исследование пульса. Обучение пользованием мобильным приложением «Дневник здоровья MedM» («MedM health diary») по контролю за состоянием здоровья пациентов, обучение ведению телеграм-канала «Наш выбор – здоровье!» для информированности пациентов современными рекомендациями по профилактике АГ.	9 0 мин.
0.	Обучение УМС организации и проведению занятий в ШАГ для пациентов с АГ Итоговый тест-контроль. Решение ситуационных задач.	9 0 мин.

Динамика изменения отношения УМС к ведению больных с АГ до и после обучения приведена на рисунке 4. После обучения количество УМС с положительной мотивацией достигло уровня 76,7±7,7% vs 33,3±8,6%, (p<0,01). В то же время в результате обучения 2 (6,7%) УМС с негативной мотивацией изменили свою позицию. В результате обучения уменьшилось количество УМС с неопределенной мотивацией почти в 3 раза (13,3±6,2% vs 36,7±8,8%; p<0,05).

Рисунок 4.

Динамика отношений УМС к ведению больных с АГ медицинскими сестрами до и после обучения, (%)



В результате обучения до 100% выросло количество УМС, правильно информированных о целевом уровне АД пациентов с АГ. Статистически значимо с $20,0 \pm 7,3\%$ до $76,7 \pm 7,7\%$ ($p < 0,001$) увеличилось количество УМС, признавших необходимость немедикаментозного лечения АГ у больных пожилого возраста. В результате обучения увеличилась частота назначения УМС немедикаментозной терапии с $13,3 \pm 6,2\%$ до $56,7 \pm 9,0\%$ ($p < 0,001$). При этом существеннее всего возросло количество рекомендаций по увеличению физической активности ($90,0 \pm 5,5\%$ vs $6,7$, $p < 0,001$), ограничению соли ($93,3 \pm 4,5\%$ vs $13,3 \pm 6,2\%$, $p < 0,001$), соблюдению диеты ($96,7 \pm 3,3\%$ vs $23,3 \pm 7,7\%$, $p < 0,001$), постоянному приему гипотензивных препаратов ($96,7 \pm 8,8\%$ vs $13,3 \pm 6,2\%$, $p < 0,001$), уменьшению массы тела ($73,3 \pm 8,1\%$ vs $6,7\%$, $p < 0,001$), ограничению алкоголя ($36,7 \pm 8,8\%$ vs $3,3\%$, $p < 0,01$), прекращению курения ($36,7 \pm 8,8\%$ vs $6,7\%$, $p < 0,01$) (рис.4.3.4.). Таким образом, целенаправленное тематическое обучение УМС является реальным инструментом повышения качества работы медсестер по ведению больных с АГ в условиях ПМСП.

Выводы. 1. Анализ уровня знаний УМС показал, что у 63,4% УМС не сформированы правильные представления о диагностических критериях АГ, о необходимости выявления у больных фактора риска, необходимых для стратификации пациентов, знают 23,3% УМС, об ассоциированных с АГ заболеваниях знают – 10,0%, о необходимости лечения АГ у пациентов знают только 40,0%, только 26,6% УМС указали, что лечение должно проводиться длительно и непрерывно.

2. Обучение существенно повлияло на уровень знаний УМС по проблеме АГ у больных пожилого и старческого возраста. Изменилось представление УМС о диагностических критериях АГ, принципах обследования и лечения больных пожилого и старческого возраста. При анализе результатов обучения УМС оказалось, что достоверно изменилась практика ведения и динамического наблюдения АГ.

REFERENCES

1. Bossone, E. Community health and prevention: It takes a village to reduce cardiovascular risk! Let us do it together! / E. Bossone, B. Ranieri, S.E. Coscioni, R.R. Baliga. // *European Journal of Preventive Cardiology*. - 2019. - V. 26. - №17. - P. 1840–1842.
2. Marczak, L. Global deaths attributable to high systolic blood pressure, 1990-2016. / L. Marczak, J. Williams, M. Loeffler. // *JAMA*. - 2018. №319 (21). P. 2163.
3. Всемирная организация здравоохранения. Глобальное резюме по гипертонии // WHO/DCO/WHN, 2020. - 40 с
4. Ощепкова Е.В. Подходы к повышению эффективности лечения больных с артериальной гипертонией в амбулаторных условиях // *Медицинский реферативный журнал*. -2016.- Т.8,№21.- С.78-85.
5. А.А.Тиллабаева, Сестринский уход за больными с артериальной гипертонией // *Учёный XXI века, Международный научный журнал*. № 8(67), август 2020 г. стр.19-22
6. А.А.Тиллабаева, Искандарова Ш.Т , Особенности артериальной гипертонии в сестринской практике // *Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд давлат тиббиёт институти*. 2020 № 4.1 (121). стр 74-78.