

Анонс статьи <http://www.rusvrach.ru/ms/2009-12-28-10-08-01/1243-q-q-3-2010.html>

Опубликована в журнале «Медицинская сестра»

Островская И.В. Роль медсестер в профилактике хронических заболеваний и ведении таких пациентов. // Медицинская сестра, 2010. - №3. – С. 4 – 9.

Роль медсестер в профилактике хронических заболеваний и ведении таких пациентов

И.В. Островская, канд. псих. наук

ММА 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». Медицинские сестры могут внести огромный вклад не только в профилактику этих болезней, но и в предоставление помощи миллионам пациентов по всему миру.

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

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.

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

Проблема хронических заболеваний

Все мировое сообщество столкнулось лицом к лицу с проблемой массового увеличения уровня смертей и развития инвалидности на фоне хронических

заболеваний. 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 заболеваний. Однако на сегодняшний день по данным ВОЗ около 60% смертей во всем мире происходит вследствие хронических заболеваний, 80% из которых приходится на страны с низким и средним уровнем доходов (WHO 2008a).

Есть много причин подобного роста уровня заболеваемости, большинство из которых лежат за пределами влияния системы здравоохранения. В то же время сектор здравоохранения должен начать борьбу против хронических заболеваний, и медицинские сестры могут внести огромный вклад не только в профилактику этих болезней, но и в предоставление помощи миллионам пациентов по всему миру.

Существует большое количество близких по смыслу терминов, часто взаимозаменяемых, которые используются в данном контексте: 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 определяются как болезни, возникающие в результате генетической предрасположенностью, либо образа жизни или воздействия окружающей среды.

Термин «хронические состояния» часто используется как всеобъемлющий термин и охватывает 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 или генетически обусловленными нарушениями, приводящие к инвалидности.

Сестринскому персоналу очень важно понимать размер проблемы и те сложные задачи и действия, которые необходимо предпринять для поддержания здоровья, профилактики болезней и обеспечения соответствующего ухода тем, кто в этом нуждается.

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

Сердечно-сосудистые заболевания – основная причина смертности во всем мире. В 2004 году от заболеваний ССС умерло 17,1 млн. человек – это 29% от всех умерших в том году. Из них 7,2 млн. умерло 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 году около 23,6 млн. будут умирать ежегодно от заболеваний ССС.

В соответствии с данными Международной диабетической федерации, в 1985 году в мире насчитывалась около 30 млн. диабетиков. На сегодняшний день их 245 млн., т.е. за 20 лет их количество выросло более чем в 7 раз. Если не предпринимать шаги для остановки этой эпидемии, то через 20 лет количество людей с диабетом достигнет 380 млн. человек. Диабет – основная причина потери зрения и развития слепоты в развитых странах. Также диабет считается основной причиной ампутации конечностей. Диабетики более предрасположены к инфарктам, инсультам и заболеваниям почек. Каждый год диабет выявляется у 7 млн. человек. Каждый год от диабета в мире умирает 3,8 млн. человек. Каждые 10 с в мире умирает человек по причинам, вызванным диабетом.

Наибольшее количество людей, страдающих диабетом, в Индии (40,9 млн.), в Китае (39,8 млн.), В США (19,2 млн.), России (9,6 млн.), Германии (7,4 млн.).

По крайней мере, половина людей, страдающих диабетом, не подозревают о своем заболевании. В некоторых странах эта число может достигать 80%.

Свыше 80% случаев развития диабета 2-го типа можно предотвратить правильным питанием и повышением физической активности.

Диабетическая ретинопатия – ведущая причина потери зрения у людей ввозрасте от 20 до 65 лет в развитых странах.

В среднем в развитых странах пациенты с диабетом 2-го типа живут на 5-10 лет меньше, чем люди, не страдающие диабетом.

В 2004 году от рака умерло 7,4 млн. человек (13% от 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 году смертность от рака будет составлять около 12 млн. жизней ежегодно.

Сотни миллионов человек страдают ежедневно от хронических респираторных заболеваний. 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, инсульта, диабет 2 типа и около трети онкологических болезней могут быть предотвращены путем устранения факторов риска, в первую очередь употребления табака, нездорового питания, малоподвижного образа жизни, чрезмерного потребления алкоголя.

Многие причины связаны с глубокими социальными изменениями, включая урбанизацию и экономическую глобализацию, социальную политику, проблемы социальной несправедливости и постарения населения.

Влияние хронических заболеваний на всеобщее развитие

Развитие обычно ассоциируется с постоянными устойчивыми улучшениями в экономической и социальной сферах. Некоторые считают, что развитие дает возможности для улучшения благосостояния, другие полагают, что благосостояние – это необходимое условие для непрерывного развития.

Конечно, это важный аргумент в тот момент, когда встает вопрос о необходимости инвестиций в систему здравоохранения. Не вызывает сомнения тот факт, что существует прямая зависимость между экономическим благосостоянием страны и здоровьем ее населения. В то же время все возрастающее неравенство внутри стран во всем мире означает, что традиционное сопоставление стран друг с другом не дает понимания того, *каким образом* малоимущие слои населения в высокоразвитых странах имеют гораздо меньшую возможность доступа к услугам системы здравоохранения, чем богатые люди в малоразвитых странах. Хронические заболевания и факторы риска, их вызывающие, напрямую взаимосвязаны с бедностью. Поэтому они не могут больше исключаться из дискуссии по глобальному развитию.

Хронические заболевания высокочрезвычайно затратны как для человека, так и для общества. Они мешают им развиваться и лишают человека его будущего.

План действий ВОЗ по глобальной стратегии профилактики 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 включают:

- 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 рекомендаций и стандартов, основанных на доказательной практике, для таких распространенных состояний как сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, хронические респираторные заболевания;

- инвестиции в раннюю диагностику рака молочной железы и шейки матки, диабета, гипертензии и других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний;
- совершенствование подготовки врачей, медицинских сестер и других работников системы здравоохранения;
- поддержку права людей с неинфекционными заболеваниями в управлении собственным состоянием (например, обучение, мотивация, самоменеджмент) и пр.

Медицинские сестры могут использовать эти рекомендации для того, чтобы сообщать о своих вкладах 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:

- потери производительности труда у работников, имеющих проблемы со здоровьем, в 4 раза дороже стоимости лечения хронических заболеваний;
- в США на лечение людей с хроническими заболеваниями тратится около 75% от всех затрат (а это 2 триллиона долларов) на здравоохранение;
- так как затраты на лечение хронических заболеваний растут, это может отрицательно повлиять на затраты на образование и развитие инфраструктуры как в развитых, так и в развивающихся странах;
- только 3% от всех затрат на здравоохранение в странах OECD тратится на профилактику.

Стратегии снижения рисков развития хронических заболеваний

Профилактика хронических заболеваний. Часто лежащие в основе хронических заболеваний причины находятся вне сектора здравоохранения. И поэтому в профилактическую деятельность должны быть включены такие сектора как сельское хозяйство, финансы, торговля, транспорт, градостроительство, образование и спорт. Необходимо проанализировать деятельность этих секторов и сориентировать ее на технологии, обеспечивающие здоровье.

Снижение факторов риска Свыше 80% заболеваний сердца, инсульта, диабет 2-го типа и около трети онкологических заболеваний можно предотвратить путем устранения или управления факторами риска. Основные поведенческие факторы риска – это употребления табака, нездоровое питание, низкая физическая активность и чрезмерное употребление алкоголя. К физиологическим факторам риска относят повышенное кровяное давление, повышенные уровни холестерина, глюкозы крови и повышенный вес.

Стратегии, направленные на снижение факторов риска, должны быть нацелены на увеличение информированности 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 все-таки определенные действия снижают риски их развития:

- 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 бывает непросто их осуществлять изо дня в день. Поэтому медицинские сестры 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. Медицинские сестры 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 включают, помимо всего прочего, изменение налогов на продажу табака и алкоголя; законодательные акты, касающиеся курения, употребления алкоголя, производства и продажи продуктов питания. Изменения технологий изготовления продуктов питания, например, снижение жира и соли, могут оказать значительное влияние на здоровье населения.

Предотвращение факторов риска развития хронических заболеваний имеет много проблем, связанных с затратами, особенностями культур, доступом к информации и принятием решений.

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

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).

Модель ВОЗ «Инновационный подход к хроническим состояниям (*The WHO Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)*)» 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 рабо-

тают вместе. Модель основана на принципах качества и гибкости системы профилактики, принятии решений на основе доказательной практики

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

В то время как Модель ухода за людьми, страдающими хроническими заболеваниями (The chronic care model (CCM)) была принята в США и внедрялась в практику в основном врачами, некоторые врачи полагали, что именно медицинские сестры, а не врачи, занимают ключевую позицию во внедрении этой модели в работу команды.

Многие положительные результаты планомерного ухода могли возникнуть благодаря улучшению коммуникаций с пациентом. Команда медицинских сестер оказалась более соответствующей этой работе и способной устанавливать более доброжелательные отношения с пациентами, нежели доктора. В связи с этим медицинские сестры могут быть более готовыми взять на себя ответственность за решение проблемы хронических состояний. (*Bischoff et al. 2009*)

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

Проблема состоит в том, чтобы определить общие элементы ухода и ведения пациентов с хроническими заболеваниями и знания, необходимые для сопутствующих и комплексных состояний. Международный совет медицинских сестер (MCM) предлагает рамки компетенций, необходимых для медицинских сестер, работающих в специализированных отделениях.

Компетенции, требуемые медицинским сестрам для профилактики и ведения пациентов с хроническими заболеваниями (*ICN 2008*):

- участие в мероприятиях, связанных с облегчением доступа к медицинским услугам (*зарегистрированная медицинская сестра*);
- уважение права пациента на информацию и автономию при выборе медицинских услуг (*зарегистрированная медицинская сестра, медицинская сестра-специалист*);
- профессиональная честность, порядочность и этичное поведение при выписке лекарств и другой продукции без учета рекламных технологий и желания заработать (*медицинская сестра-специалист; медицинская сестра повышенного уровня*);
- обеспечение информацией и образовательными ресурсами клиентов, стремящихся изменить свой образ жизни; выбор направлений профилактических мероприятий (*зарегистрированная медицинская сестра*);
- анализ возможностей и обеспечение инструкциями и руководствами по профилактике заболеваний и поддержанию здорового образа жизни отдельных людей, семей и общественности (*зарегистрированная медицинская сестра, медицинская сестра-специалист*);
- выбор стратегий обучения в соответствии с потребностями и характеристиками индивидов или групп (*зарегистрированная медицинская сестра, медицинская сестра-специалист*);
- совместная деятельность с другими группами, профессионалами и организациями по снижению уровня развития хронических заболеваний, пропаганды здорового образа жизни и создания благоприятной окружающей среды (*медицинская сестра-специалист*);
- совместная работа с другими профессионалами здравоохранения для повышения качества медицинского обслуживания (*зарегистрированная медицинская сестра*).

Ведение пациентов с хроническими заболеваниями

Все чаще медицинские сестры 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 медицинских сестер-специалистов и клинических медицинских сестер – стратегическое решение. В Великобритании одними из первых специалистов, которые взяли на себя более широкий круг обязанностей по ведению пациентов с хроническими заболеваниями, стали диабетические медицинские сестры.

Ведение пациентов с диабетом 2-го типа

В 2008 году 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 медицинские сестры вполне способны взять на себя ответственность по уходу и ведению пациентов с диабетом.

Рассмотрим основные руководящие принципы.

Пациент-центрированный уход: все внимание следует сосредотачивать на индивидуальных потребностях и предпочтениях пациента. Жизненно важно давать возможность пациенту принимать решения на информации, основанной на доказательной практике, и обучаться.

Образование: 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 по программе и осуществляться квалифицированными преподавателями. Оно должно быть высокого качества и регулярно проходить проверку. Ежегодное обновление программ обучения – важнейший компонент 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 направлены на снижения риска развития сердечно-сосудистой патологии. Следует поощрять употреблять фрукты, овощи, цельно-зерновые продукты, бобовые, нежирные молочные продукты и жирную рыбу.

Потребление продуктов, содержащих насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, должно быть под контролем. Нежелательно использовать эти кислоты в специальных продуктах для диабетиков.

Артериальное давление: для пациентов, страдающих диабетом 2-го типа, рекомендуется поддерживать давление ниже 140/80 мм рт. ст. Для тех, у кого есть поражения почек, глаз или сосудов головного мозга, этот показатель равен 130/80 мм рт. ст. На начальной стадии даются советы по здоровому образу жизни, но если это не помогает снизить давление, назначаются ингибиторы АПФ (ангиотензинпревращающего фермента). Для женщин, которые собираются забеременеть, рекомендуется назначать блокаторы кальциевых каналов. Назначенную терапию следует регулярно пересматривать.

Контроль содержания сахара крови: Международная федерация диабета рекомендует удерживать уровень гликированного гемоглобина Hb_{A1c} ниже 6,5%. Для пациентов, которые стремятся достичь уровень Hb_{A1c} около 6,5%, важно подчеркивать, что любое снижение уровня гликированного гемоглобина до требуемого значения полезно. Резкое снижение уровня Hb_{A1c} ниже 6,5% не рекомендуется.

Слежение пациентом за уровнем глюкозы крови: самостоятельное слежение за уровнем глюкозы должно предлагаться всем пациентам при выявлении диабета как неотъемлемая часть его дальнейшего самообразования. Но не все пациенты выражают желание следить за этим. Следует обязательно озвучить цель мониторинга и провести обучение по интерпретации полученных результатов и последующих действий пациента. По крайней мере раз в год необходимо заново подтверждать принятое пациентом решение о само-мониторинге, анализировать его преимущества и результаты.

Контроль липидов: большинство пациентов, страдающих диабетом 2-го типа, имеют высокий риск развития патологии сердечно-сосудистой системы. Статины показаны большинству пациентов старше 40 лет. Пациентам до 40 лет, имеющим высокий риск развития патологии ССС, также показаны статины.

Среди факторов риска – метаболический синдром, 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. Медицинские сестры по всему миру ежедневно внедряют изменения в свою практику. Тем самым они стремятся улучшить результаты ухода за пациентами и снизить расходы системы здравоохранения. Многие из сестринских инициатив привели к значительному улучшению состояния здоровья отдельных пациентов, населения и системы здравоохранения (*ICN Innovations Database*).

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

Как отмечалось выше, ведение пациентов с хроническими заболеваниями требует изменения отношений как между медицинскими сестрами, пациентами и сообществами, а также изменения отношений внутри команды профессионалов. Медицинские сестры зачастую являются лидерами в формировании и продвижении таких изменений.

Республика Корея: поддержание уровня глюкозы крови как можно ближе к норме является ключом к предотвращению осложнений диабета 2 типа. Исследование, проведенное в Корее, показывает, что взаимодействие через SMS-сообщения может помочь пациентам лучше контролировать их уровень глюкозы крови. В экспериментальной группе пациенты еженедельно предоставляли информацию об уровне глюкозы крови и приеме лекарственных препаратов че-

рез Интернет или SMS-сообщения. После интерпретации данных пациенту давались рекомендации относительно диеты, физических упражнений, приема препаратов, например: «Недостаток физических упражнений может быть причиной повышений уровня глюкозы», или «Пожалуйста, контролируйте количество потребляемой пищи». Это регулярные контакты и обратная связь могли стать мотивирующими факторами для контроля глюкозы. Гликозилированный гемоглобин был ниже у пациентов экспериментальной группы по сравнению с контрольной.

Суринам: медицинские сестры 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. Медицинские сестры признали, что уровень психологической помощи семьям пациентов является неадекватным. Они разработали программу поддержки семей пациентов с хроническими заболеваниями на основе модели ведения пациентов с хроническими заболеваниями, описанной выше. Ожидаемые результаты включают сокращение на 40% количества обращений за помощью в результате повышения качества жизни пациентов и их семей и уменьшение пропусков занятий в школе в результате сокращения сроков госпитализации и времени на посещение поликлиник.

Соединенные Штаты Америки: Медицинским центром по делам ветеранов г. Dayton (Огайо) разработана программа для женщин, которая включает 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 тех женщин-военнослужащих, которые подвергаются более высокому риску развития ожирения, гипертонии, диабета, остеопороза и рака.

Южная Африка: В госпитале *McCord* была разработана программа, направленная на решение проблем избыточного веса и курения среди медицинских сестер. Программа была создана в результате совместных усилий Демо-

кратической организации медицинских сестер Южной Африки (DENOSA), Международного совета медицинских сестер (ICN) и Оксфордского союза здравоохранения (Oxford Health Alliance).

Программа основана на принципах «ухода за обеспечивающими уход» и включает 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 собственным весом;
- предоставление никотиновых пластырей тем, кто хочет бросить курить.

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

Тайвань: медицинские сестры провели исследование проблемы восприятия анальгетиков пациентами, страдающими 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. Медицинские сестры также разъясняли пациентам рекомендации по приему анальгетиков, включая их лекарственную форму, эффективность, возможные побочные эффекты и пр. Они подчеркивали важность принятия анальгетиков точно по времени для более эффективного управления болью.

В течение месяца медицинские сестры собирали информацию от пациентов об их реакции на принимаемые лекарства и уровень контроля за болью. Информация обрабатывалась врачами, и затем при необходимости производилась корректировка рецептов. Медицинские сестры постоянно поощряли паци-

ентов поделиться своими реакциями на прием препаратов и привлекали семьи также поучаствовать в обсуждении проблем пациента. Через месяц обучения управления болью и консультаций пациенты сообщили о снижении уровня интенсивности боли и ее влиянии на повседневную жизнь.

Великобритания: патронажная медицинская сестра 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 выявила, что распространенность ожирения выше, чем в среднем по стране. Каждый четвертый страдал ожирением, двое из трех имели избыточный вес. В целом 605 из 1061 пациента в возрасте 18-75 лет, имеющие хронические заболевания (ишемическая болезнь сердца, диабет и гипертония), имели ИМТ 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 крови; им 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 психо-социальной поддержке. Успех этого проекта в первую очередь обусловлен поддержкой со стороны Министерства здравоохранения, привлечением медицинских сестер-добровольцев и широких слоев общественности.

Таким образом, медицинские сестры могут взять на себя ответственность за расширение своего участия в ведении пациентов с хроническими заболеваниями. В то же время Международный совет медицинских сестер призывает сестринский персонал не только к коллективным действиям, но и каждую из 13

млн. сестер по всему миру 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 подражания для своих родных, близких, соседей, коллег по работе, то это несомненно поможет остановить волну хронических заболеваний.

Рекомендуемая литература

Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. Primary Health Care Volume: 18 Issue: 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033.

Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2009, 6, 2258-2270; <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> .

International Council of Nurses (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*, Geneva, ICN.

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 (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. Practice Nurse Dec 14; 2007 34(10): 14-5.

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 (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, WHO.