

УДК 614.253.52:616.021.3

РОЛЬ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УКРЕПЛЕНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

© 2015 Т.В. Коннова, Ж.В. Баринова, Л.А. Лазарева

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 26.10.2015

Для решения существующих проблем в сфере здравоохранения необходимы комплексные мероприятия по улучшению доступности медицинской помощи. В статье рассматривается опыт организации профилактической работы медицинскими сестрами. Делается акцент на проведении первичной профилактики неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова: медицинская сестра, общественное здоровье, первичная профилактика, реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье нации является неотъемлемой частью общественного богатства и ключевым ресурсом развития государства, а показатели состояния здоровья населения – важным критерием развития общества [6, 9, 12].

В ежегодных посланиях Федеральному Собранию президент Российской Федерации В.В. Путин неоднократно подчеркивал необходимость разработки экстренных мер по улучшению здоровья населения. Так, в 2005 году начата реализация новой стратегии – «Повышение уровня здоровья населения страны», продолжено реформирование здравоохранения, направленное на снижение преждевременной смертности населения, стимулирование рождаемости, укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических организаций, повышение эффективности первичной и доступности высокотехнологичной медицинской помощи [5, 8]. В связи с этим необходимо изменить подход к организации профилактической работы, в том числе к распределению обязанностей медицинского персонала, за счет усиления роли сестринского персонала в первичном медико-санитарном звене [1, 15].

Общественное здоровье – это способность популяции к воспроизводству, непрерывному возобновлению поколений и реализации их жизненного и трудового потенциала, которая на всех этапах развития реагирует на изменения, происходящие в обществе [3, 4]. Поэтому основное

направление профилактической деятельности должно быть сосредоточено на патологии, вызывающей наибольшие потери в обществе (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет II типа, дегенеративные заболевания позвоночника и т.д.). Однако, среди элементов профилактической деятельности, проводимых в медицинских организациях, наибольшее внимание уделяется вторичной профилактике. Меньшее внимание уделяется компонентам первичной профилактики – консультированию по вопросам здорового образа жизни, организации занятий в школах здоровья, выявлению факторов риска развития заболеваний и др.

Анализ научной литературы показал, что здоровье следует рассматривать не в статике, а в динамике изменений внешней среды и в онтогенезе [10, 16]. Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. На основе анализа заболеваемости возможно правильное планирование сети лечебных организаций. Примером может служить создание «Региональных сосудистых центров» [2, 11, 13]. Для снижения показателей заболеваемости, инвалидности и смертности первоочередное значение имеет профилактическое направление в работе. Однако, за последние 10 лет в России уровень общей заболеваемости, по данным обращаемости населения в учреждения здравоохранения, имеет тенденцию к росту практически среди всех возрастных групп и по большинству классов заболеваний [7, 14].

В современных условиях сестринский персонал – самая многочисленная категория в здравоохранении (в 2013 году 90,4 на 10000 нас.), и этот ресурс необходимо использовать для предоставления населению доступной помощи в области профилактики.

Для изучения роли медицинской сестры как самостоятельного участника в профилактической работе первичного звена, нами был проведен анализ основных показателей состояния здоро-

Коннова Татьяна Витальевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела.

E-mail: koptova63@yandex.ru

Баринова Жанна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением.

Лазарева Людмила Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела.

E-mail: ljudmila-samara@yandex.ru

вья населения на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская поликлиника №1 Промышленного района» (ГБУЗ СО «СГП №1»), где в настоящее время обслуживается 64634 взрослого и детского населения.

Цель исследования: обосновать расширение роли сестринского персонала в укреплении здоровья населения.

Задачи исследования:

1. Изучить демографическую ситуацию за 2012-2014 годы.

2. Изучить динамику и структуру заболеваемости населения за 2012-2014 годы.

3. Изучить динамику и структуру смертности населения за 2012-2014 годы.

4. Проанализировать динамику инвалидности за 2012-2014 годы.

5. Определить функции медицинской сестры, необходимые для укрепления здоровья населения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучая динамику показателя естественного движения населения с 2012 по 2014 годы, мы отметили увеличение рождаемости с 11,2‰ до 12,3‰; естественного прироста с 1,8‰ до 3,1‰ и снижение смертности с 9,4‰ до 9,2‰ (рис. 1).

Несмотря на положительные тенденции, возрастной тип населения на данной территории остается регрессивным, т.к. удельный вес лиц старше 50 лет превышает удельный вес лиц от 0-14 лет (табл. 1).

В настоящее время важную роль в работе ГБУЗ СО «СГП №1» играет профилактическое

направление. Нами внедрен перечень видов деятельности медицинской сестры в области профилактики заболеваний, который она в состоянии самостоятельно выполнять (участие в формировании групп диспансерных больных, проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию, консультирование по вопросам здорового образа жизни, работа по осуществлению диспансерного наблюдения за больными, участие в мероприятиях по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм социально значимых болезней и факторов риска). Кроме того, медсестра в отделении профилактики выполняет подготовительную и организационную работу: составление календарного плана на текущий год; информирование населения о начале осмотра; оформление маршрутного листа диспансеризации; введение результатов в базу данных.

Также в ГБУЗ СО «СГП №1» организованы Школы для больных, цель которых – обучить пациентов и их родственников, как нужно вести себя в периоды обострения и в реабилитационный период после перенесенного заболевания. Занятия проводят профессионально подготовленные специалисты сестринского дела, которые помогают больному осознать связь между образом жизни и опасностью для здоровья, необходимость выполнения рекомендаций врача по лечению и самоконтролю в целях предупреждения осложнений.

На базе отделения профилактики проводится всеобщая диспансеризация в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г.



Рис. 1. Динамика показателя естественного движения населения (в ‰)

Таблица 1. Возрастная структура населения с 2012 по 2014 гг. (в %)

Контингент	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Дети 0-14 лет	15,6	15,5	16,0
Взрослые 15-49 лет	61,9	61,7	61,1
Лица старше 50 лет	22,5	22,8	22,9

№ 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» и от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

В 2014 г. диспансеризации подлежало 12170 чел., что составило 23,1% от прикрепленного взрослого населения. Возрастная структура прошедших диспансеризацию: 21-36 лет – 41,2%; 39-60 лет – 20,4%; старше 60 лет – 38,4%. Женщины проявляют большую медицинскую активность – 62,1%, тогда как мужчины – 37,9%.

В процессе диспансеризации выявлены факторы риска (избыточная масса тела, гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем), которые провоцируют развитие хронических неинфекционных заболеваний. Анализ выявленной патологии при диспансеризации показал, что заболевания системы кровообращения занимают первое место (78,4%).

Для планирования тактики медицинского наблюдения по результатам диспансеризации мы определяли группы состояния здоровья граждан (табл. 2):

1 группа состояния здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске, которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний.

Таким гражданам проводилось краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний медицинским работником отделения медицинской профилактики.

2 группа состояния здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний.

Данной категории граждан проводилась коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежали диспансерному наблюдению в отделении медицинской профилактики.

3 группа состояния здоровья – граждане, имеющие заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Такие граждане подлежали диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, проводилась их коррекция в отделении медицинской профилактики.

Лица со 2-й и 3-й группой здоровья были направлены на второй этап диспансеризации (2830

Таблица 2. Результаты диспансеризации по группам здоровья за 2013- 2014 гг. (в %)

Группы здоровья	2013 г.	2014 г.
1 группа здоровья	19,0	22,0
2 группа здоровья	20,0	17,0
3 группа здоровья	61,0	61,0
Итого	100,0	100,0

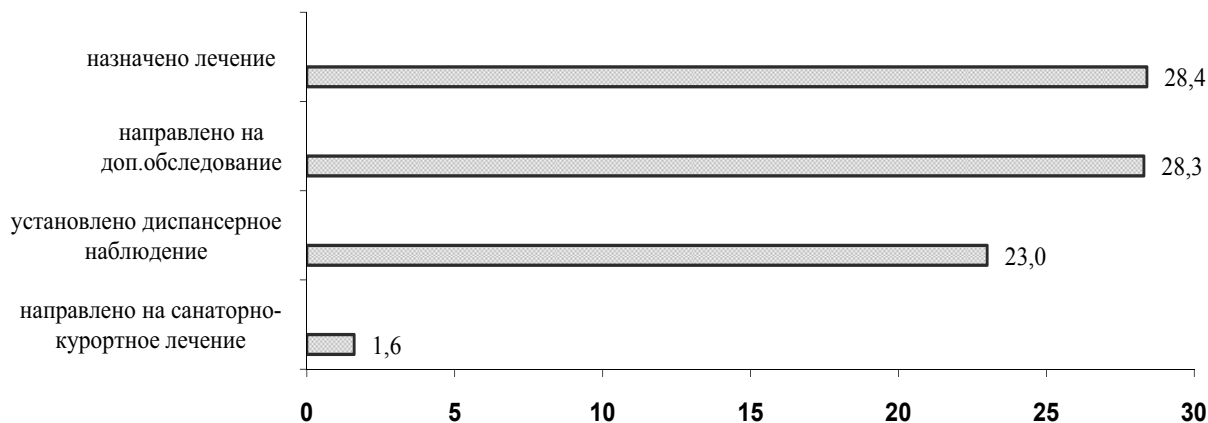


Рис. 2. Мероприятия по результатам диспансеризации в 2014 г. (%)

человек), который проводился с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания, углубленного профилактического консультирования (рис. 2).

Одним из важнейших критериев состояния здоровья населения является показатель общей смертности и смертности лиц трудоспособного возраста. Общий показатель смертности дает приблизительную оценку явления, так как на него в значительной степени влияет возрастная структура населения. Структура причин смерти дает нам более полное представление о состоянии здоровья населения и отражает своевременность и качество оздоровительных мероприятий (табл. 3).

Анализ смертности показал, что структура общей смертности взрослого населения в 2014 году не изменилась по сравнению с 2013 годом. По-прежнему первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы, но отмечается снижение удельного веса данной патологии с 59,4% в 2012 г. до 56,1% в 2014 г. Болезни системы кровообращения в определенной мере связаны с образом жизни и такими факторами риска, как неправильное питание, гиподинамия, курение и злоупотребление алкоголем. Снизился показатель смертности от онкологических заболеваний с 22,5% до 21,2%.

Однако, в структуре смертности у лиц трудоспособного возраста первое место занимают внешние причины и травмы (отмечается рост с 29,5% до 36,1%). Эта проблема выходит за рамки здравоохранения и остается социальной проблемой общества.

Анализ распространенности и заболеваемости дает, в целом, комплексную оценку состояния здоровья населения. Но более точным показателем является число впервые выявленных заболеваний. При анализе заболеваемости населения по обращаемости на территории отмечается рост общей заболеваемости с 6711,8 на 10 000 взрослого населения в 2012 году до 7098,3 на 10 000 взрослого населения в 2014 году, как следствие более активного профилактического направления в работе.

Заболеваемость населения выросла за счет увеличения выявления:

- заболеваний системы кровообращения на 44% (в структуре лидирующую роль занимает гипертония, увеличение произошло в 4,5 раза);

- заболеваний органов дыхания на 16% (основной патологией выступают ОРВИ, увеличение произошло в 1,2 раза);

- заболеваний костно-мышечной системы на 14% (в структуре преобладают дорсопатии, выявляемость увеличилась на 28%);

- заболеваний органов пищеварения на 19% (в структуре заболеваний органов пищеварения ведущее место занимают гастриты, увеличение произошло в 2,8 раза);

- заболеваний мочеполовой системы на 58% (основной патологией выступают воспалительные болезни женских тазовых органов, увеличение произошло в 1,4 раза).

Анализ структуры заболеваемости показал, что лидирующие позиции занимают хронические неинфекционные заболевания, такие как болезни системы кровообращения (19,6%), заболевания костно-мышечной системы (16,2%), заболевания органов дыхания (12,4%). Следует заметить, что онкологические заболевания в структуре заболеваемости составляют 3,4%, но стоят на первом месте по причинам выхода на инвалидность (табл. 4).

Наблюдается тенденция к снижению показателя первичного выхода на инвалидность с 2012 по 2014 годы с 50,8 до 49,2 на 10 000 населения.

Анализ структуры первичной инвалидности взрослого населения указывает, что за период с 2012 по 2014 годы численность лиц, впервые признанных инвалидами в связи с болезнями системы кровообращения, снизилась на 7,0%, но в связи с новообразованиями возросла почти на 7,8%.

За анализируемый период увеличилось число лиц, прошедших реабилитацию в основном за счет увеличения проводимых мероприятий у пациентов с заболеваниями системы кровообращения, в т.ч. с ОНМК (табл. 5). Результатом явилось снижение уровня первичного выхода на инвалидность.

Таблица 3. Динамика структуры общей смертности взрослого населения за 2012 - 2014 гг. (в %)

Причины смерти	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Болезни системы кровообращения	59,4	59,6	56,1
Онкологические заболевания	22,5	23,1	21,2
Внешние причины, травмы	10,0	10,3	11,6
Прочие	8,3	7,04	11,1

Таблица 4. Динамика распределения первичного выхода на инвалидность по нозологии за 2012- 2014 гг. (%)

Наименование классов заболеваний	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Онкологические заболевания	18,6	26,8	26,4
Сердечно-сосудистые заболевания	20,0	20,9	13,9
Болезни костно-мышечной системы	4,3	4,1	4,9
Болезни нервной системы и органов чувств	3,4	4,5	2,9
Травмы	2,3	2,4	2,7

Таблица 5. Динамика реабилитации инвалидов за 2012 - 2014 гг. (на 10 000 населения)

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Общая реабилитация	17,8	17,4	19,8
Полная реабилитация	9,1	8,6	9,3
Частичная реабилитация	8,8	8,8	10,5

ВЫВОДЫ

Анализ показателей здоровья населения свидетельствует о том, что хронические неинфекционные заболевания являются лидирующими в структуре заболеваемости и смертности населения и зависят в первую очередь от факторов риска, таких как гиподинамия, избыточная масса тела, наличие вредных привычек (курение и употребление алкогольных напитков), стрессовые ситуации и пр. Таким образом, первичная профилактика должна стать основой в работе медицинских работников.

Активное диспансерное наблюдение привело к снижению смертности от болезней системы кровообращения и онкологии у лиц нетрудоспособного возраста и у лиц трудоспособного возраста. На первое место в структуре смертности у лиц трудоспособного возраста вышла смертность от внешних причин и травм (36,1%).

Перераспределение обязанностей в области профилактики и самостоятельный прием сестринского персонала делает медицинскую помощь более доступной, что позволяет улучшить качество первичной и вторичной профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробаева Л.А., Аверин А.В. Роль отделения медицинской профилактики в проведении диспансеризации // Главная медицинская сестра. 2013. № 8. С.22–33.
2. Вялков А.И. Медицинская профилактика. Современные технологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 310 с.
3. Вялков А.И. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг // Проблемы управления здравоохранением. 2010. № 1. С. 5–9.

4. Герасименко Н.Ф., Максимов Б.П. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 512 с.
5. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2014 г. URL: rosminzdrav.ru (дата обращения 04.10.2015).
6. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / под ред. О.П. Щепина. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. 376 с.
7. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под науч. ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медик. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 384 с.
8. Концепция развития здравоохранения до 2020 года. URL: www.zdravo2020.ru/concept (дата обращения 04.10.2015).
9. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. 544 с.
10. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. 288 с.
11. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 415 с.
12. Решетников А.В. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины: учеб. пособие. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. 60 с.
13. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина; Минздравсоцразвития России, АСМОК. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. 452 с.
14. Стародубов В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР–МЕД, 2013. 624 с.
15. Указ Президента РФ «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» от 9 октября

2007 г. № 1351. URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/163630/> (дата обращения 04.10.2015).

16. Хальфин Р.А. Медицинская документация: учетные и отчетные формы. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. 64 с.

THE ROLE OF NURSES IN SUPPORTING OF PUBLIC HEALTH

© 2015 T.V. Konnova, J.V. Barinova, L.A. Lazareva

Samara State Medical University

Improving accessible medical care can be solved by combination of various measures. The article deals with the experience of preventive work organized by nurses. The authors focus on carrying out of primary prevention of non-contagious diseases.

Keywords: nurse, public health, primary prevention, rehabilitation.

Tatyana Konnova, Candidate of Medical Sciences, Associated Professor of the Nursing Department.

E-mail: konnova63@yandex.ru

Jeanne Barinova, Candidate of Medical Sciences, Associated Professor of Department of Public Health and Healthcare with the Course of Economics and Health Care Management

Ljudmila Lazareva, Candidate of Medical Sciences, Associated Professor the Nursing Department.

E-mail: ljudmila-samara@yandex.ru