

В. И. Сабанов, Л. Н. Грибина, Т. С. Дьяченко, Е. Ю. Бердник

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

УДК 616.379-008.64-052:301

Результаты анкетирования выявили отношение больных сахарным диабетом 2 типа к самоконтролю и контролю за состоянием здоровья, а также к качеству диспансеризации. Определены проблемные моменты в организации диабетологической помощи.

Ключевые слова: сахарный диабет типа 2, анкетирование, диспансеризация, лекарственное обеспечение, город Волгоград.

V. I. Sabanov, L. N. Gribina, T. S. Djachenko, H. Yu. Berdnik

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THEIR HEALTH AND DIABETIC SERVICE BY PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2

The survey revealed the attitude of patients with type 2 diabetes to self-control and control over their health and the quality of medical service. We identified areas of difficulty in the organization of diabetes care.

Key words: diabetes mellitus type 2, questionnaires, clinical examination, drug coverage, the city of Volgograd.

Современная система медико-статистического наблюдения, сложившаяся в России, не позволяет получить достаточно полную оценку реальной эпидемиологической ситуации в отношении такого заболевания, как сахарный диабет типа 2 (СД 2). Между тем социальный ущерб, связанный с заболеваемостью СД 2, ранней инвалидизацией и смертностью от него, а также расходы на лечение и реабилитацию больных представляются весьма значительными [2].

Диспансерное наблюдение за пациентами с СД 2 является важным элементом в системе предотвращения осложнений этой патологии. Диспансеризации подлежат все больные СД независимо от его типа, степени тяжести, а также лица, относящиеся к группе риска, связанной с нарушением толерантности к глюкозе, наличием близких родственников, страдающих СД и т. д. В рамках диспансеризации должны проводиться необходимые мероприятия по предотвращению возникновения острых тяжелых форм СД 2, осложнений, сохранению трудоспособности, увеличению продолжительности жизни больных СД 2. Диспансеризацией занимаются врачи-эндокринологи и участковые терапевты. Ключевым звеном мониторинга здоровья больных диабетом является жесткий и постоянный контроль за гликемией. Самым информативным критерием степени компенсации диабета является уровень гликированного гемоглобина, который позволяет не только оце-

нить степень компенсации углеводного обмена за предшествующие 2—3 месяца, но и прогнозировать развитие различных сосудистых осложнений. По уровню гликогемоглобина в выбранной когорте конкретной популяции можно объективно оценить эффективность работы диабетологической службы региона, города и т. д., включая систему лекарственного обеспечения, обучение больных самоконтролю за состоянием своего здоровья и соответствующему образу жизни. Кроме того, одним из показателей эффективности диспансеризации больных СД 2 является частота экстренных госпитализаций [1].

Применение методик социологических исследований (анкетирование, контент-анализ и др.) позволяет реально оценить субъективное отношение самих пациентов к своему заболеванию и способам поддержания приемлемого уровня качества жизни, а также опосредованно работу диабетологической службы на региональном уровне. Преимущества анкетного метода заключаются в возможности в короткий срок и при небольших материальных затратах охватить представительную группу изучаемых лиц. Анкетирование является анонимным, добровольным и позволяет медицинской службе получить субъективную картину ситуации на репрезентативной группе респондентов. Собранную информацию легко систематизировать и анализировать [3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

По результатам анкетирования оценить отношение больных СД 2 к состоянию своего здоровья, мероприятиям по его коррекции, состоянию диабетологической службы в Волгограде.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработана оригинальная анкета, состоящая из 39 преимущественно закрытых вопросов субъективного и прямого характера, которые позволяют выявить социально-психологическую установку респондента и его отношение к предмету опроса. Некоторые вопросы (отмеченные звездочкой) давали возможность респонденту выбрать несколько вариантов ответа, а исследователям сделать мягкое рейтинговое заключение. Присутствие открытого вопроса было направлено на выявление наиболее популярных медикаментов, применяемых для лечения в исследуемой группе. Наблюдение проводилось по принципу добровольности методом интервью.

Исследование проводилось на базе МУЗ «Клиническая поликлиника № 1» и МБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15» Волгограда. Заполнено 204 анкеты. Социально-гигиенический «портрет» респондента представляет больных СД 2 в возрасте (53 ± 11) лет, находящихся на пенсии по возрасту и (или) имеющих инвалидность (177, или 86,7%), преимущественно со средним или средним специальным образованием (173, или 84,8%), проживающих в Волгограде. Среди опрошенных преобладают женщины (соотношение женщин и мужчин 2,23:1).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группу наблюдения вошли 141 женщина и 63 мужчины (69,1 и 30,9% соответственно), получившие амбулаторное или стационарное лечение в указанных ЛПУ (176 и 28 опрошенных в соотношении 6,3:1). Длительность заболевания у 70% (143) респондентов составляла от 6 и более лет. Диагноз СД 2 136 пациентам был поставлен после обращения в поликлинику, при госпитализации в стационар — 68 опрошенным (соотношение 2:1).

На диспансерном учете состоят все опрошенные, однако под постоянным диспансерным наблюдением находятся 139 (68,1%) респондентов. В то же время 65 (31,9%) человек отметили, что наблюдаются у эндокринолога и терапевта нерегулярно.

Большинство участников опроса посещают врача-эндокринолога 1 раз в месяц (164 или 80,4%). Раз в три месяца посещают врача 5,9% (12) пациентов, раз в год — 13,7% (28) респондентов (рис. 1).

Основной причиной посещения врача-эндокринолога респонденты назвали необходимость выписки льготных рецептов (146 или 71,5% ответов). Далее, в порядке убывания рейтинга, следует «посещение врача по собственной инициативе в связи

с ухудшением здоровья» (87 или 42,6%). Альтернативу «по назначению врача» не выбрал ни один респондент.

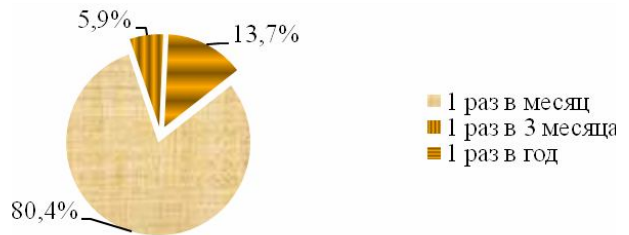


Рис. 1. Кратность посещения врача-эндокринолога больными СД 2

Запись на прием к врачу в поликлинике осуществляется в регистратуре, в порядке очереди. Время ожидания приема у эндокринолога у 57,8% (118) респондентов занимает от 30 минут до одного часа, у 42,1% (86 человек) — более часа. По мнению большинства пациентов (190 или 93,1%), прием врача-эндокринолога занимает 15—30 минут. Все респонденты отметили, что эндокринолог информирует их об изменениях в состоянии здоровья, возможных осложнениях и их последствиях. «Школу больных диабетом» посетило подавляющее большинство анкетированных (194 или 95,1%).

Все участники опроса имеют в своем распоряжении индивидуальные глюкометры. Измерение сахара крови две трети пациентов (65,7%) производят 1 раз в 2—3 дня, преимущественно натощак. Регулярные ежедневные измерения уровня сахара крови осуществляют только 33,3% (68) респондентов.

Исследование уровня гликированного гемоглобина 1 раз в три месяца проводилось только 43 (21,1%) респондентам. Не знают об этом исследовании 87 (42,6%) опрошенных, которые ответили, что оно им не осуществлялось.

Распределение респондентов по частоте посещений смежных специалистов по рекомендации эндокринолога представлено в табл. 1. Из данных табл. следует, что регулярные (1 раз в 3 месяца) осмотры у кардиолога и офтальмолога проходят 40,7 и 45,1% респондентов соответственно, тогда как невролога и нефролога с этой же периодичностью посещают только 5,4 и 8,8% опрошенных. Основными причинами отказа от регулярных посещений являются длительность ожидания записи и приема, а также неосведомленность о необходимости таких посещений.

Дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО) получают 169 (82,8%) опрошенных, денежную компенсацию выбрали 8 (12,7%) респондентов. Сахароснижающими препаратами обеспечиваются регулярно 86,4% (146) пациентов. Тест-полоски для глюкометров, по ответам респондентов, не входят в обязательный набор. Этим, по-видимому, следует объяснить нерегулярность са-

ТАБЛИЦА 1

Показатели периодичности осмотров пациентов с СД 2 у смежных специалистов, абс. (%)

Частота посещений	Кардиолог	Невролог	Офтальмолог	Нефролог/уролог
1 раз в месяц	0	0	6 (2,9)	0
1 раз в 3 месяца	83 (40,7)	11 (5,4)	92 (45,1)	18 (8,8)
1 раз в год	94 (46,1)	84 (41,2)	91 (44,6)	81 (39,7)
Другое	«Снимаю ЭКГ у терапевта» 27 (13,2)	«Не хожу из-за длительного ожидания своей очереди» 109 (53,4)	«Очень редко» 15 (7,4)	«Не хожу, не знаю о необходимости посещения» 105 (51,5)

моконтроля уровня сахара крови большинством пациентов. Основным затруднением при получении ДЛО, по мнению респондентов, является необходимость обращения в поликлинику 1 раз в месяц (81,3 %, или 166 ответов). Второе место в рейтинге занимает длительность ожидания получения лекарственного средства (ЛС) по выписанному рецепту при его отсутствии в аптеке (41,6 %, или 85). В то же время 6,9 % (14) респондентов не испытывают затруднений при получении ДЛО. При временном отсутствии в аптеке необходимых пре-

паратов по рецепту все опрошенные приобретают их за свой счет. На покупку ЛС и изделий медицинского назначения для лечения СД в среднем ежемесячно из своего бюджета респонденты тратят от 1000 до 2500 рублей, при этом 29,9 % (61) респондентов получают материальную поддержку от близких.

Регулярность приема препаратов для лечения СД 2 отметили все пациенты. Распределение опрошенных по виду сахароснижающей терапии представлено в табл. 2.

ТАБЛИЦА 2

Распределение опрошенных по виду сахароснижающей терапии, абс. (%)

Вид терапии	1 вид таблетированных препаратов	2 вида таблетированных препаратов	3 вида таблетированных препаратов	Инсулин+ таблетированный препарат	Инсулин
Количество пациентов	57 (27,9)	69 (33,8)	12 (5,9)	36 (17,6)	30 (14,8)

Ответы на открытый вопрос позволили выявить наименования назначаемых лекарственных препаратов при СД 2. Среди них наиболее распространенными являются: глибенкламид (манинил) — 132 пациента (64,7 %), метформин (глюкофаж) — 102 (49,9 %), гликлазид (глидиаб) — 99 (48,5 %), инсулин (новомикс) — 66 (32,3 %), глибенкламид + метформин (глибомет) — 49 (24 %) (рис. 2).

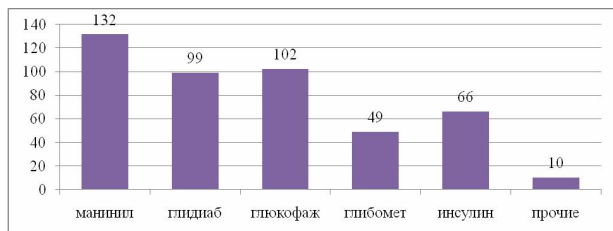


Рис. 2. Распределение респондентов по приему сахароснижающих препаратов

По частоте госпитализаций по поводу СД 2 и его осложнений за последние 3 года респонденты распределились следующим образом: за указанный период не госпитализировались 89 (43,6 %) пациентов, 1 раз на стационарном лечении находились 42 (20,6 %) респондента, 2—3 раза — 73 (35,8 %) человека.

Все опрошенные выразили уверенность в том, что они сами несут ответственность за свое здоровье. В данном случае налицо отход от иждивенческой позиции по отношению к медицине. При этом на вопрос «Как вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время?» 92,1 % (188) пациентов отметили, что чувствуют себя удовлетворительно, 6,4 % (13) респондентов оценивают состояние своего здоровья как «плохое», и 1,5 % (3) — как «очень плохое». Почти половина респондентов (95, или 46,5 % больных СД 2) считают вес своего тела нормальным, 83 (40,6 %) — немного повышенным, 12 (5,8 %) — значительно повышенным. Большинство опрошенных уверены, что они регулярно соблюдают диету, назначенную эндокринологом. Лечебной физкультурой занимаются только 14 (6,9 %) человек, остальные отметили, что они имеют достаточную физическую нагрузку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты анкетирования показали, что СД 2 выявляется и лечится в основном в условиях поликлиники, регулярность диспансерного наблюдения составляет 68,1 %. Преимущественная часть пациентов посещают врача-эндокринолога

в связи с необходимостью выписки льготных рецептов. Самоконтроль уровня глюкозы крови, проводимый пациентами 1 раз в 2—3 дня, для многих пациентов является вынужденным из-за экономии тест-полосок к глюкометру.

Среди проблем в организации диспансерного наблюдения больных СД 2 типа следует отметить длительность ожидания приема врача-эндокринолога, неосведомленность пациентов о важности исследования гликированного гемоглобина и осмотров смежными специалистами, а также нерегулярность их проведения, что может ухудшить течение заболевания и привести к прогрессированию его осложнений.

Анкетный метод призван способствовать внесению корректив в работу диабетологической службы на региональном уровне. Указанные негативные моменты, в том числе в области социальной поддержки пациентов, связанные с получением лекарственных средств и изделий медицинского назначения, могут быть организационно устранены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И. Эпидемиология сахарного диабета // Сахарный диабет: Руководство для врачей. — М.: Универсум Паблишинг, 2003. — С. 75—76.
2. Сунцов Ю. И., Шестакова М. В. // Поликлиника. — 2011. — № 1. — С. 2—5.
3. Harris M., Goldstein D., Flegal K., et al. // Diabetes Care. — 1998. — Vol. 21. — P. 518—524.

Т. С. Дьяченко, Н. А. Иванова

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕРВОГО УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 614.21(470.45)

В статье представлены сведения об учреждениях первого уровня медицинского обслуживания населения в сельской местности Волгоградской области — фельдшерско-акушерских пунктах. Дана количественная характеристика кадрового состава средних медицинских работников данных учреждений.

Ключевые слова: фельдшерско-акушерский пункт, средний медицинский персонал, сельская местность, Волгоградская область.

T. S. Djachenko, N. A. Ivanova

CURRENT STATE OF PRIMARY MEDICAL CARE IN THE COUNTRY AREA OF THE VOLGOGRAD REGION

The article discusses primary medical care in rural areas of the Volgograd region, medical assistant service and obstetric centers. Quantitative characteristics about the personnel are presented.

Key words: medical assistant and obstetric center, average medical personnel, rural areas, Volgograd region.

Почти треть населения Волгоградской области проживает в сельской местности, поэтому вопросы здоровья, организации медицинской помощи сельским жителям имеют социальное, политическое и экономическое значение. Неблагоприятные медико-демографические показатели и высокий уровень заболеваемости определяют необходимость повышения качества и эффективности медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Первым этапом в оказании первичной (доврачебной) медицинской помощи сельским жителям является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). В современных условиях рефор-

мирования здравоохранения актуальной остается проблема кадрового укрепления, подготовки и усовершенствования медицинского персонала. В большинстве сельских муниципальных районах области наблюдается дефицит среднего медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь на ФАПах. Повышенная интенсивность деятельности фельдшеров, акушерок и медицинских сестер, требования качества оказываемых услуг при недостаточной системе финансового обеспечения, обуславливают текучесть кадров, повышенную психологическую нагрузку и способствуют проявлению симп-