

«ШКОЛА БОЛЬНОГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ» В КЫРГЫЗСТАНЕ: ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПАЦИЕНТОВ

Баева Р.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева,
Кафедра госпитальной терапии с курсом профессиональных болезней и гематологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В рамках работы «Школы больного язвенной болезнью» проведен анализ уровня знаний пациентов и влияние разработанной образовательной программы на представления пациентов о своем заболевании и методах терапии, а так же выживаемость знаний через пять лет после обучения.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, образовательная программа, уровень знаний пациентов о своей болезни.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ «ЖАРА ООРУ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫН МЕКТЕБИ»: ООРУЛУУЛАРДЫН БИЛИМ ДЕНГЭЭЛИН КӨТӨРҮҮДӨГҮ ОКУТУУНУН ТААСИРИ

Баева Р.Н.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
госпиталдык терапия, профессионалдык оорулар жана гематология курсу менен кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Жара оорусу менен ооруган адамдарды окутуу процессинин жүрүшүндө оорудуунун өзүнүн оорусу жөнүндө билим дэнгээлин аныктоо боюнча анализ жүргүзүлгөн. Окуу процессинин тасири менен оорудуунун өз оорусу менен тааныштыгы жана оруну дарылоо методика билим дэнгээлинин 5 жылдын ичинде сакталышы чагылдырылган.

Негизги сөздөр: он эки эли ичегинин жара оорусу, билим берүү программасы, оорудуулардын өзүнүн оорусу жөнүндө билим дэнгээли.

“SCHOOL FOR THE PATIENT WITH ULCER DISEASE” IN KYRGYZSTAN: IMPACT OF PATIENT EDUCATION ON THEIR LEVEL OF KNOWLEDGE

Baetova R.N.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
Chair of hospital therapy, occupational pathologyan dhematology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The analysis of knowledge level among patients as well as impact of elaborated educational program on their conception about the disease and ways of treatment along with analysis of survival rate of knowledge in 5 years after training was conducted in the frames of activities of “the School for the patients with ulcer disease”.

Key words: duodenal ulcer, educational program, level of knowledge.

Введение

В настоящее время стандартизированные методы диагностики и лечения язвенной болезни (ЯБ) хорошо разработаны. Однако, несмотря на теоретические успехи, практика свидетельствует, что на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане эффективность лечения остается недостаточной, увеличивается число осложнений, оперативных вмешательств [2]. Причины неудовлетворительной

комплаентности больных ЯБ в литературных источниках освещены фрагментарно. Пациенты прерывают прием лекарственных препаратов из-за развития побочных эффектов, отсутствия необходимого времени для выполнения врачебных рекомендаций, сомнений в оправданности и безопасности назначенного лечения [4, 12, 13]. Еще одной причиной неудовлетворительной комплаентности пациентов приводят неадекватность их

представлений о заболевании и методах его лечения. Очевидно, что без коррекции знаний больных ЯБ о своем заболевании и принципах его терапии существенно улучшить приверженность пациентов к соблюдению рекомендаций врача невозможно.

В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных методологических подходов в лечении хронических неинфекционных заболеваний является организация системы обучения больных, которая может осуществляться как в стационаре, так и на амбулаторном этапе (уровень доказательности D) [6,7,11]. При многих хронических заболеваниях показано, что обучение принципам ведения здорового образа жизни, осмысленному и правильному соблюдению рекомендаций врача, способам самоконтроля способствует стабилизации состояния больного и улучшает клиническое течение болезни [5, 9]. В связи с этим, на базе кафедры госпитальной терапии Кыргызской Государственной медицинской академии (КГМА) организована «Школа для больных язвенной болезнью», в рамках работы которой проводилось обучение пациентов.

Целью нашей работы явилась оценка влияния разработанной нами образовательной программы для больных ЯБ двенадцатиперстной кишки на представление пациентов о причинах заболевания и эффективности методов его лечения.

Материал и методы

В исследование было включено 100 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) из числа обратившихся в Центры семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек, а также поступивших на стационарное лечение в отделение гастроэнтерологии Национального Госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗКР). Диагноз базировался на основании общепринятых критериев.

Исходный уровень знаний пациентов оценивался по анкете, специально разработанной на кафедре госпитальной терапии КГМА, включающей 23 вопроса.

Вопросы анкеты касались причин развития болезни и ее профилактики, подходов к лечению, возможности участия больного в контроле и регулировании своего состояния. Выбор правильного ответа оценивался в 1 балл. Общая сумма баллов подсчитывалась и оценивалась по следующим критериям: 20–17 – знания расценивались как «хорошие», 16–14 – «удовлетворительные», 13 и менее баллов – «неудовлетворительные знания».

После исходного анкетирования пациенты-участники были разделены на 2 группы по 50 чел. в каждой: группу вмешательства (ГВ) и группу контроля (ГК). Средний возраст пациентов из ГВ составил $31,7 \pm 10,5$ лет, в ГК – $33,8 \pm 10,5$ лет соответственно (различия между группами статистически не значимы). Давность заболевания колебалась от 1 до 5 лет и в, среднем, составила $2,3 \pm 3,0$ лет в ГВ и $4,4 \pm 3,4$ лет – в ГК ($p=0,1$).

План исследования включал: оценку исходного уровня знаний пациентов о своем заболевании, обучение в 1 группе участников, повторное анкетирование всех участников.

Образовательная программа включала в себя: 7 лекций в малых группах; 2-3 индивидуальных занятия; дополнительные групповые занятия.

Для прослушивания лекций пациенты были объединены в группы по 7-8 человек. Лекционный материал был представлен в виде презентаций PowerPoint. Продолжительность мультимедийной презентации составляла 20-25 минут, затем лектор отвечал на вопросы пациентов и в заключение обсуждались и обобщались основные положения презентации. Общая продолжительность лекции составляла 35-40 минут.

Для стационарных больных занятия проводились 3 раза в неделю в течение 2-х недель. Амбулаторные больные обучались на базе кафедры госпитальной терапии КГМА 2 раза в неделю в течение 3-4-х недель.

Индивидуальные занятия проводились с целью отработки принципов самоконтроля своего состояния, коррекции поведения больного при изменении течения ЯБ и разработки индивидуальной программы

лечебно – профилактических мероприятий. Индивидуальные занятия строились в виде бесед по 30 минут. Количество индивидуальных занятий определялось степенью усвоения материала каждым участником.

Во время занятий для лучшего усвоения материала пациентам предоставлялись памятки, брошюры и методические рекомендации, разработанные на кафедре госпитальной терапии КГМА и освещающие основные вопросы профилактики и лечения ЯБ, а также принципы и методы самоконтроля своего состояния для больных ЯБ.

Статистическая обработка результатов

состояние здоровья больного ЯБ. Таким образом, половина опрошенных из тех, кто утвердительно ответил на вопрос о курении, не связывают наличие данной привычки с возникновением язвенной болезни и ее обострениями. 28,0% участников не знали о существовании различных видов медикаментозных препаратов для контроля ЯБ, полагая, что наиболее эффективно оперативное лечение, прием фитопрепаратов. Более половины участников (66,0%) не знали о возможных осложнениях ЯБ.

Не менее важным для больных язвенной болезнью (ЯБ) является соблюдение диеты и характер питания, учитывая тот факт, что

Таблица 1.

| Уровень знаний | Больные ЯБ | |
|----------------------|------------|------|
| | абс. | % |
| Хороший | 0 | 0 |
| Удовлетворительный | 4 | 4,0 |
| Неудовлетворительный | 96 | 96,0 |

проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA от STATSOFT. Данные представлены в виде средних величин \pm стандартное отклонение ($M \pm \sigma$).

Полученные результаты и их обсуждение

Анализ данных проведенного анкетирования подтвердил низкий исходный уровень знаний больных о своем заболевании (табл. 1.).

Уровень знаний участников при исходном тестировании

Практически все участники продемонстрировали неудовлетворительный уровень знаний, а средний балл составил $10,6 \pm 2,6$ балла. Максимальный балл при всех правильных ответах должен достигать 23.

Опрос выявил, что 64,0% считали, что полное излечение при ЯБ невозможно. Как оказалось, 40,0% участников имели неправильное представление о причинах развития заболевания. С современными представлениями о значении инфекции *Helicobacter pylori* были знакомы только 38,0% пациентов, 27,0% участников считали, что курение не оказывает негативного влияния на

ее нарушение способствует обострению заболевания. Только 20,0% участников среди причин ЯБ указали нерегулярное питание, однако нерегулярность приема пищи отмечали 70,0% больных. Большинство из опрошенных пациентов не считают необходимым придерживаться определенного характера питания: 85,0% участников диету не соблюдают и только 11 чел. (11,0%) придерживаются ее во время обострения заболевания.

Полученные данные, очевидно, отражают ситуацию, сложившуюся в системе здравоохранения в целом, а именно: в отсутствии тесного взаимодействия между врачом и больным; недостаточным динамическим контролем за состоянием больных как со стороны врача ЦСМ, так и самих пациентов; в отсутствии у больных знаний об основных принципах самоконтроля и самоведения обострений, что, в свою очередь, является неблагоприятным прогностическим фактором при лечении ЯБ.

Результаты повторного тестирования показали, что приобретенные пациентами из ГВ знания о ЯБ оказались на довольно высоком уровне: 46 чел. (92,0%, $p < 0,001$) набрали 17 и

более баллов при ответах на вопросы тестов, из них верно на все вопросы ответили 4 участника (рис.1.).

Хорошая усвояемость знаний объясняется, вероятно, тесным контактом врача и пациента, возможностью более детального рассмотрения интересующих больного вопросов, а при необходимости – повторных

«удовлетворительно», остальные участники (35,0%) набрали меньше 13 баллов.

Следовательно, проведенное нами обучение больных язвенной болезнью оказалось эффективным, оно достоверно улучшило осведомленность пациентов о своем заболевании, изменило их представления о причинах болезни и эффективности методов

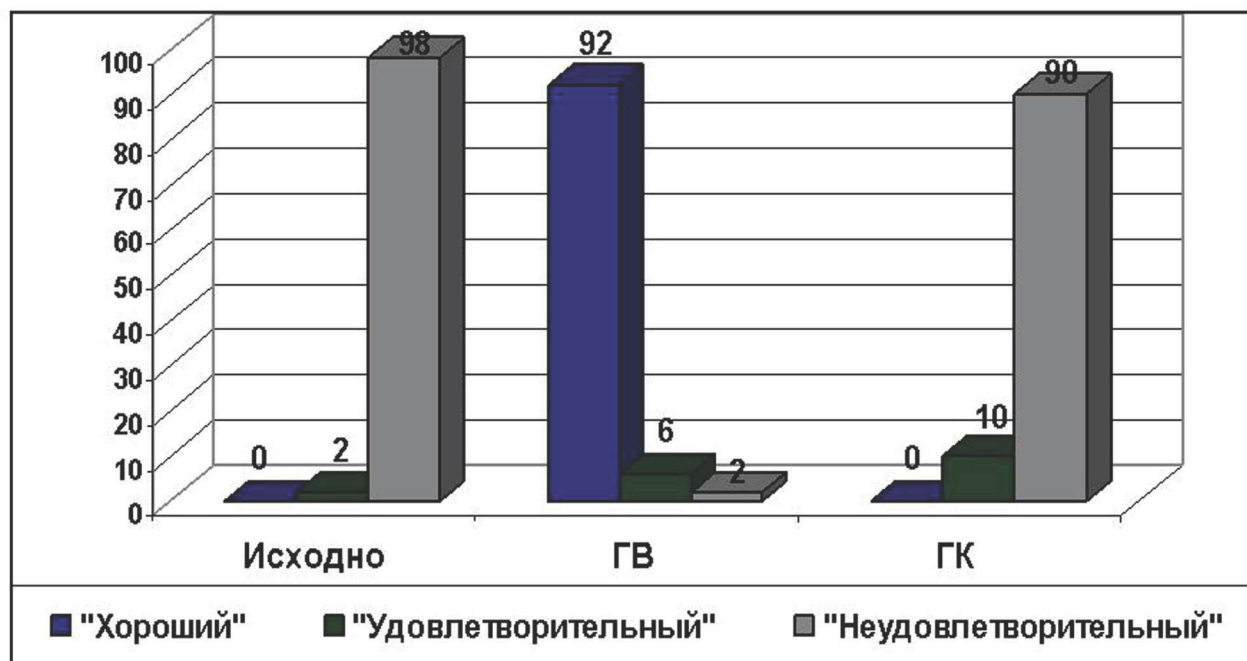


Рисунок 1. Уровень знаний пациентов до и после вмешательства

бесед по пройденному материалу с целью его закрепления.

В контрольной группе статистически значимых изменений в уровне знаний не наблюдалось: большая часть участников (94,0%) показала неудовлетворительный уровень знаний и только 5 чел. (10,0%) получили оценку «удовлетворительно».

Таким образом, средняя сумма баллов в ГВ возросла и составила $18,3 \pm 1,4$ балла (различия статистически значимы), в ГК – особо не изменилась, по сравнению с исходным уровнем и составила $13,9 \pm 2,5$ балла соответственно ($p=0,93$).

Чтобы оценить выживаемость знаний, мы предложили пациентам из ГВ ответить на эти же вопросы через 5 лет после проведенного обучения. Из 20 участников, которых нам удалось найти, на все вопросы тестов верно никто не ответил. Только 4 человека (20,0%) набрали по 17 баллов, 9 человек (45,0%) получили оценку

его лечения. Данные настоящего исследования доказывают целесообразность реализации обучающих программ для больных ЯБ, что может быть осуществлено в форме школ для них. Однако со временем эти знания утрачиваются, что определяет необходимость проведения регулярного обучения.

Выводы

Разработанная образовательная программа для больных язвенной болезнью является эффективным дополнительным методом вмешательства и может быть рекомендована для широкого внедрения в практику работы амбулаторно - поликлинических учреждений.

Возможным направлением повышения влияния врача на приверженность больного к соблюдению рекомендаций является регулярное проведение обучения в рамках школ для больных.

Литература

1. Бримкулов Н.Н., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К. Язвенная болезнь желудка

- и двенадцатиперстной кишки. Методические рекомендации для клинических ординаторов и семейных врачей/ КРСУ. – Бишкек, 2002. – С. 1 - 3.
2. Бримкулов Н.Н., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Лобанченко О.В. Образовательные программы в лечении и реабилитации больных заболеваниями внутренних органов. Методические рекомендации для студентов и врачей/ КГМА, КРСУ. – Бишкек, 2001. – 19 с.
3. Дятлов Н.М., Смирнов К.Н., Новиков Н.Т. Язвенная болезнь и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. СПб.: ИД «Питер», 2004. 274 с.
4. Дегтярова И.И. Клиническая гастроэнтерология: руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство.- 2004.-С.70-148.
5. Молдобаева М.С. Клиническое руководство по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики.-Бишкек,2010.-С.22-27.
6. Ahmed D, Brooks H, McConnell M, Barbezat G. Antibiotic resistance in *Helicobacter pylori*: is it a problem in New Zealand?// N Z Med J 2004;117:U1022.
7. Becker M.H. Understanding patient compliance: the contributions of attitudes and other psychosocial factors. New directions in patient's compliance. (ed. S. Cohen). Lexington Books, New York, 1979.
8. William D., Chey M.P. et al. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of *Helicobacter pylori* Infection.// Am.J.Gastroenterol.-2007.-102.-P/1808-1825.
9. Clark N.N., Evans D., Zimmerman B.J. Patient and family management: theory – based techniques for the clinical// J. Astma. -1994. –V.31. -№6. –P.427 – 435.
10. Clinicians handbook of preventive services. 2-nd ed. 1988
11. Ley P. Toward better doctor -patient communication contributions from social and experimental psychology. London, Oxford University P, 1997.
12. Smeets F. Patient education and quality of life// Eur. Respir. Rev/ -1997. –Vol.42. -№7. –P.85 – 87
13. Stainton R.M. Duodenal ulcer. London: Internal Medicine, 1995. 384 p.
14. Tytgat Z.N., Nosel L. Gastric ulcer. London: Internal Medicine, 1997. P. 27—78; 104—125.