

# ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ – ОДНА ИЗ МЕР ВТОРИЧНОЙ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

**О.В. Васильев, И.П. Королева, Е.А. Лаврова, О.Б. Алуф**  
Санкт-Петербург  
**E-mail:** fvso@mail.ru

**Представлены достоинства школ здоровья для пациентов. Даны рекомендации по оказанию профилактической помощи населению и коррекции факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье.**

**Ключевые слова:** соматические заболевания, школы здоровья, значение, перспективы.

По определению ВОЗ, **профилактика заболеваний** заключается в реализации мер, не только предупреждающих заболевания (иммунизация, борьба с переносчиками болезней или кампания по борьбе с курением), но и сдерживающих их раз-

витие и уменьшающих их последствия после установления факта заболевания. Исходя из этого, ВОЗ предлагает выделять 3 стратегии в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

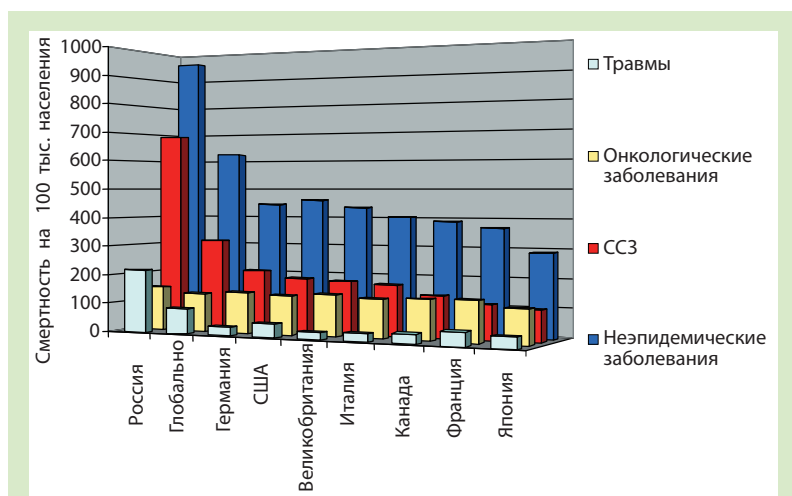
- **стратегия массовой профилактики** – мероприятия среди населения в целом, направленные на его образование, формирование установки на здоровый образ жизни и создание условий для его реализации; это в первую очередь – государственная политика по охране здоровья населения, а также санитарное просвещение через систему средств массовой информации;

- **стратегия высокого риска** – выявление лиц с высоким риском развития болезни, факторами риска и их коррекция; эти мероприятия – сугубо медицинские, они предусматривают не только массовые профилактические обследования, но и специальную подготовку медицинского персонала по оздоровлению и индивидуальной профилактике;
- **вторичная профилактика** – выявление, лечение и реабилитация больных; наиболее перспективно по влиянию на здоровье населения, в первую очередь – на показатели смертности, сочетание перечисленных стратегий («Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения». – Копенгаген, 1991), так как от лечебных мероприятий среди лиц с клиническими проявлениями заболеваний (вторичная профилактика) можно ожидать лишь снижения летальности; снижения же смертности среди населения в целом можно добиться только в результате осуществления комплекса лечебно-профилактических мер как среди больных (вторичная профилактика), так и среди лиц с факторами риска (первичная профилактика).

Необходимость совершенствования профилактической помощи населению, коррекции факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье и связанных с образом жизни, не вызывает сомнений. Профилактическими могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные технологии. Одна из перспективных интегрированных технологий профилактической и лечебной помощи – обучение пациентов и их родственников в школах здоровья.

**В школах здоровья** реализуется совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по профилактике заболеваний и повышению качества жизни, сохранению здоровья. Школа здоровья – организационная форма профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ10 в классе XXI, Z70-76) для пациентов, их родственников и лиц с факторами риска развития того или иного заболевания. Школа здоровья – медицинская профилактическая услуга, которую оказывают пациентам в лечебно-профилактических учреждениях.

**Немного истории.** Новое – это, как известно, хорошо забытое старое. А началось все с проблемы сахарного диабета (СД). Самая первая Школа для больных СД была организована в Португалии еще в 1923 г. С этого момента началось бурное развитие этой формы лечебной и профилактической работы



**Рис. 1.** Стандартизованный по возрасту уровень смертности в зависимости от причин в странах «большой восьмерки»

с населением. Специализированные Школы по обучению больных СД организованы и действуют во всех странах Европы. В Великобритании в 1934 г. была основана Школа для больных СД доктором Р.Д. Лоуренсом (R.D. Lawtence) и его пациентом Х.Г. Уэллсом (H.G.Wells). Первые научно подтвержденные эффекты обучения больных в школах были получены во второй половине XX века Л. Миллером, Ж.-Ф. Ассалем, М. Бергером. С 1979 г. в Европе работает Исследовательская группа по проблемам обучения больных СД, созданная в рамках Европейской ассоциации по изучению диабета.

В России в 1989 г. впервые было проведено исследование эффективности лечебной программы с обучением больных СД типа 1, разработанной в клинике университета им. Г. Гейне в Германии (программа рекомендована ВОЗ). В результате 2-летнего наблюдения было доказано положительное влияние обучения на клинико-метаболические и медико-социальные параметры, а также на показатели, отражающие связанное с заболеванием поведение.

В 1996–1997 гг. Правительством РФ утверждена Федеральная целевая программа (ФЦП) по СД. С 2002 г. она определена как подпрограмма ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». Приказом Минздрава РФ от 16.07.01 №267 «О развитии диабетологической помощи населению Российской Федерации» учреждена структурированная диабетологическая служба. Приложением к Приказу Минздрава России от 16.07.01 г. №267 является Положение о Школе обучения больных СД.

Согласно данным ВОЗ, Россия относится к регионам с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). У 36 млн взрослых высок риск развития осложнений ССЗ (рис. 1). В Евросоюзе,

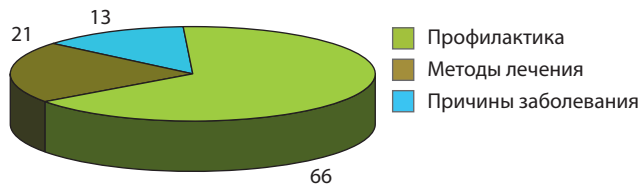


Рис. 2. Потребность пациентов (%) в медицинских знаниях

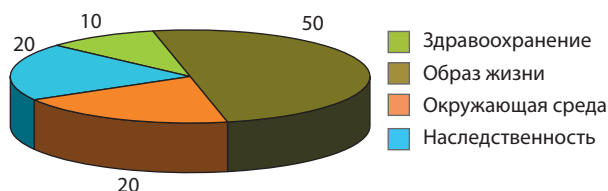


Рис. 3. Факторы, формирующие здоровье населения (%)

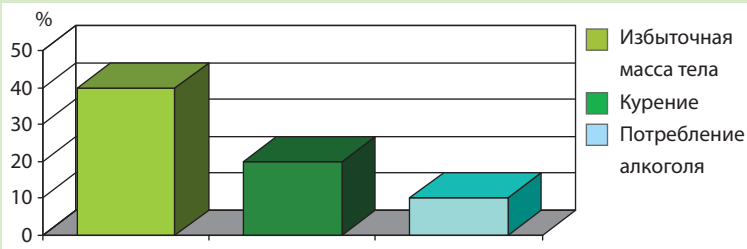


Рис. 4. Регулируемые факторы риска

включая Великобританию, зарегистрированы аналогичные показатели.

Ежегодно в России умирают более 2 млн человек, из них 1,2 млн – от ишемической болезни сердца (ИБС). У большей части россиян смерть наступает преждевременно, так как средняя продолжительность жизни мужчин в России – 58 лет, женщин – 72 года (в Европе – соответственно 72 и 81 год).

Основной причиной смерти от ИБС является острый инфаркт миокарда (ОИМ). По данным многочисленных исследований, ОИМ становится первым проявлением ИБС у 50% мужчин и 35% женщин, а у лиц в возрасте до 40–45 лет – в 60–70% случаев, при этом у 80–90% больных ОИМ дебютирует ангинозным приступом.

То есть ОИМ – одно из самых распространенных заболеваний и одна из основных причин смерти, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира и в России, в частности. Грозный характер заболевания и особенно реальная возможность снизить высокую раннюю летальность делают знание этого заболевания обязательным для каждого врача и медсестры.

Необходимость обучения не только самих пациентов, но и их родственников продиктована особенностями больных, перенесших инсульт: ограни-

ченной возможностью самостоятельно передвигаться, нарушениями когнитивных функций. Инсульт вне зависимости от тяжести состояния больного и характера течения заболевания навсегда изменяет жизнь пациента и его родственников. Даже при незначительных последствиях нарушения мозгового кровообращения стресс, переживаемый пациентом в процессе лечения и во время пребывания в стационаре, накладывает отпечаток на его поведение в последующем.

В основе ССЗ преимущественно лежит артериальная гипертензия (АГ). Основные вопросы организации школ здоровья для пациентов с АГ отражены в организационно-методическом письме Минздрава РФ (02.08.02); разработаны методические материалы по структурированному обучению пациентов, дневник пациента и программа обучения медицинских работников организации школ здоровья.

Школа здоровья для пациентов включена в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (приказ Минздрава РФ №268 от 16.07.01 «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации»).

В дипломных работах студентов факультетов высшего сестринского образования разработаны внедренные в практическое здравоохранение в различных регионах РФ школы здоровья для больных с:

- бронхиальной астмой (как для взрослых, так и для детей);
- облитерирующим артериосклерозом;
- ИБС;
- АГ;
- постинсультным состоянием;
- СД;
- недержанием мочи;
- остеопорозом;
- мочекаменной болезнью;
- туберкулезом легких;
- школы для родителей детей, больных фенилкетонурией; целиакией; детским церебральным параличом; муковисцидозом.

Проведя анонимное анкетирование в разных группах пациентов, мы установили их основные потребности в медицинских знаниях (рис. 2).

Из рис. 2 видно, что большая часть пациентов (66%) интересуются профилактикой заболевания. А так как 13% пациентов хотят знать о причинах заболеваний, можно считать, что 79% больных хотели бы предупредить заболевание. Следовательно, мотивация к обучению у пациентов есть и ее необходимо удовлетворить.

Составляя план занятий в школе, мы изучили мнение пациентов о факторах, формирующих здоровье (рис. 3). По мнению 50% пациентов, состояние их здоровья зависит от системы здравоохранения.

Изучалось также мнение о регулируемых факторах риска (рис. 4).

При проведении занятий необходимо делать акцент именно на них! Эти факторы имеют значение практически при всех заболеваниях. Необходимо также учитывать проблемы пациентов при том или другом заболевании. Так, больных АГ беспокоят:

- головная боль;
- боль в сердце;
- слабость;
- недомогание;
- рвота;
- дефицит знаний о своем заболевании.

**Проблемы качества жизни больных после инсульта:**

- ограниченность способности к самообслуживанию (застойная пневмония, пролежни, тромбоз глубоких вен нижних конечностей);
- нарушение нормальной жизнедеятельности организма, проявляющееся в различных симптомах, например в нарушении сна, питания, кровообращения и др.;
- боль/дискомфорт;
- психологические и коммуникативные нарушения;
- социальные проблемы.

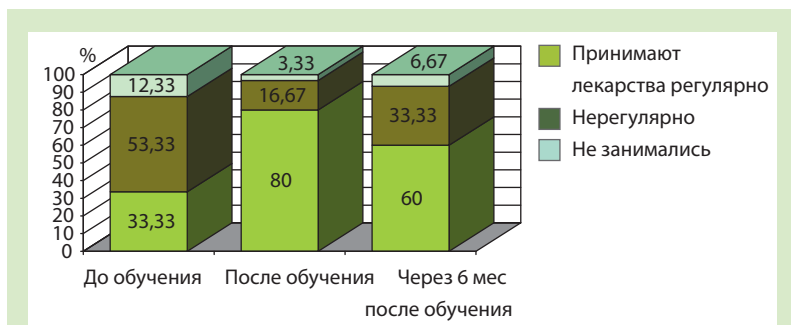
Проблемы пациента, перенесшего инсульт, касаются его близких, изменяют образ жизни всей семьи. Поэтому очень важно в процессе реабилитации повысить качество жизни пациента, что приведет и к повышению качества жизни и его семьи.

Как правило, обучение в школе выглядит примерно так:

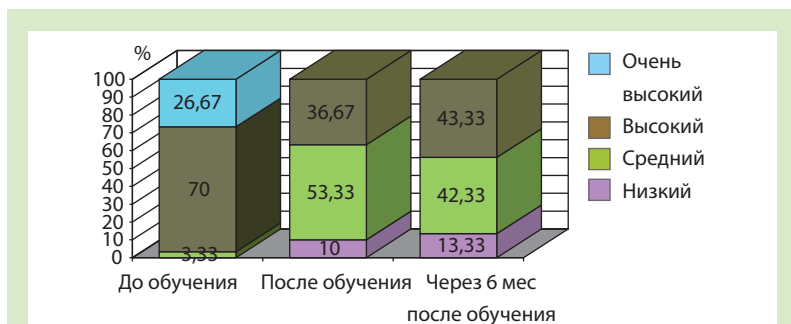
- имеется цикл структурированных занятий, обычно 10–12, продолжительностью примерно по 60 мин каждое; в программу входят обязательные темы (понятие о заболевании, основы питания, физическая активность, вредные привычки, медикаментозная терапия, методы самоконтроля и измерения артериального давления, ведение Дневника, управление стрессом);
- численность пациентов в группе – не более 10–15 человек;
- пациенты обеспечиваются Дневником пациента; ведение Дневника – неотъемлемая часть процесса обучения, иногда он содержит необходимый справочный материал.

**После окончания обучения в Школе пациенты:**

- должны знать:
  - причины и симптомы обострения заболевания;



**Рис. 5.** Влияние обучения в Школе здоровья на регулярность гипотензивной терапии



**Рис. 6.** Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска у пациентов Школы здоровья

- факторы, определяющие риск развития осложнений;
- основы самоконтроля;
- принципы построения собственной диеты;
- влияние поведенческих факторов риска на состояние здоровья.

- должны уметь:
  - применять полученные знания для самоконтроля за состоянием своего здоровья;
  - вести Дневник пациента;
  - проводить самооценку состояния;
  - вовремя обратиться к врачу;
  - контролировать массу тела;
  - исключить влияние факторов риска развития осложнений.

Из рис. 5 видно, что после занятий в Школе число пациентов, регулярно принимающих гипотензивные средства, увеличивается до 80%. Это – хороший результат.

Изучался также уровень суммарного сердечно-сосудистого риска у пациентов Школы для больных АГ (рис. 6). По нашим данным, он снизился с 70 до 36,67%, что позволило сделать следующие выводы:

- организация Школы здоровья для больных АГ дала возможность оптимизировать процесс работы с пациентами;
- занятия в Школе способствуют повышению информированности пациентов о факторах риска развития АГ, возможностях лечения и профилактики;

- медико-социальные и клинико-инструментальные результаты деятельности Школы свидетельствуют о статистически значимом улучшении этих показателей в отдаленной перспективе;
- реабилитация больных с АГ – это система не только медицинских, но и психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение факторов риска, улучшение качества жизни больных.

#### Рекомендуемая литература

Волкова М.М., Волков С.Р. Некоторые аспекты подготовки медсестер в области профилактической медицины // Медицинская сестра. – 2003; 2: 37–38.

Вялков А.И., Оганов Р.Г. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные понятия и термины. – М., 2000.

Гафаров В.В., Благинина М.Ю. Смертность от ОИМ // Кардиология. – 2005; 49–51.

Гафаров В.В., Гафарова А.В., Шахтарина Н.Ю. Мониторинг инфаркта миокарда (диагностические комбинации, продромальный период, поведенческие характеристики) с использованием программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА // Тер. арх. – 2002; 9: 9–12.

Гриценко Е.А. и др. Роль специалистов с высшим сестринским образованием в обучении больных сахарным диабетом самоконтролю заболевания // Медицинская сестра. – 2003; 20–21.

Дедов И.И. Подпрограмма «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)» / Федеральный справочник «Здравоохранение России». Т. 6. Разд. XIII. – 12 с.

Егорова Л.А. и др. Роль медицинских сестер в работе школ для больных сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. – 2005; 4: 230–231.

Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качество клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991–2000 гг.) // Архив патологии. – 2002; приложение: 64.

Калинина А.М., Чазова Л.В., Павлова Л.И. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на прогноз жизни // Кардиология. – 1996; 3: 22–27.

Камынина Н.Н., Туркина Н.В. Профессия медсестры в Канаде // Медицинская сестра. – 2005; 5: 41–42.

Ковалева С.А. Роль медсестры в диспансерном обслуживании больных глаукомой // Главная медсестра. – 2003; 9: 87–92

Колодкина О.Ф., Шульгина Л.С., Аристова Т.В. и др. Опыт работы сестринских Астма-школ в Архангельской области // Пульмонология. – 2003; 5: 58–62.

Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г. и др. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода // Сахарный диабет. – 2011; 1: 46–50.

Мамедов М.Н., Деев А.Д. Оценка суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых лиц трудоспособного возраста: уроки исследования КРОССВОРД // Кардиология. – 2008; 10: 28–33.

Медведева В.М., Ярков А.М., Медведев В.В. и др. Особенности течения острого инфаркта миокарда в возрасте до 50 лет // Российский национальный конгресс «Кардиология, основанная на доказательствах»: тезисы докладов. – М., 2000. – 88 с.

Мельникова О.Г., Подмогаева Е.А., Суркова Е.В. и др. Обучение больных сахарным диабетом: психологический анализ // Сахарный диабет. – 2002; 4: 60–64.

Программа развития сестринского дела в России на 2010–2020: принята III Всероссийским съездом средних медицинских работников. Екатеринбург, 15–16 октября 2009 г. URL: <http://www.3medcongress.ru> (дата обращения 24.12.2012).

Роль медицинской сестры в лечении сахарного диабета. По материалам Программы реализации Сент-Винцентской декларации, ВОЗ/IDF/ Портал Мой Диабет. URL: <http://www.my-diabet.com/articles/rol-medicinskoj-sestri-v-lechenii-saharnogo-diabeta> (дата обращения 24.12.2012).

Светличная Т.Г. Новые роли медсестры в общественном секторе здравоохранения // Медицинская помощь. – 2005; 31: 48–51.

Стародубов В.И. Фрагменты доклада на 2-м Всероссийском съезде средних медицинских работников. 20 октября 2004 г., Москва // Медицинская сестра. – 2005; 1: 43–45.

Статистические материалы. Демографический прогноз по регионам РФ (фрагменты) // Здравоохранение РФ. – 2001; 5: 20–56.

#### HEALTH SCHOOLS ARE ONE OF THE SECONDARY AND PRIMARY PREVENTION MEASURES

O.V. Vasilyev; I.P. Koroleva; E.A. Lavrova; O.B. Aluf  
Saint Petersburg

**The paper shows the benefits of health schools for patients with different somatic diseases. It gives recommendations for preventive care to the population and for correction of risk factors adversely influencing health.**

*Key words:* somatic diseases, health schools, significance, perspectives.