

## МЕДИКО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

**М.М. Киселевич**, врач-терапевт

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

**E-mail:** marianna1970@live.ru

**Представлены принципы медико-образовательного обучения пациентов, направленного на формирование новых психологических установок и изменение поведения в процессе самостоятельного контроля над заболеванием.**

**Ключевые слова:** пациент, медсестра, терапевтическое обучение.

Современный образ жизни характеризуется малоподвижностью, неправильным питанием и другими пагубными факторами, ведущими к преждевременному старению организма.

Подчас у 40-летнего пациента состояние стенок сосудов такое же, как у человека 60–70 лет. Поэтому сегодня столь актуальны сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, изменение стиля жизни, пропаганда медицинских знаний.

Медико-образовательные программы для пациентов становятся неотъемлемой частью лечения. Пациентам разъясняют природу заболеваний, раннюю диагностику осложнений, тактику поведения и лечения, в том числе – в экстренных ситуациях. Пациент должен понимать необходимость постоянного приема лекарственных средств и своевременности медицинского контроля состояния здоровья, владеть информацией об имеющихся у него факторах риска. Ведь активная профилактика способна помочь избежать многих болезней, угрожающих не только качеству жизни, но и самой жизни. Проводить такое обучение должны врач и медсестра.

Медико-образовательные программы – это комплекс мероприятий для больных с заболеваниями внутренних органов. В сочетании с клиническим и инструментальным контролем они играют важную роль в улучшении результатов лечения. Это – один из самых прогрессивных подходов к лечению хронических заболеваний, так как он способствует формированию мотивации и новых психологических установок, изменению поведения больных, их более грамотному и самостоятельному контролю за своим заболеванием. Чтобы

уметь самостоятельно принимать решения в зависимости от конкретной ситуации пациенты должны быть хорошо информированы о всех сторонах своей болезни. Необходимо стимулировать их приверженность лечению, оптимизацию обратной связи с ними, совершенствование жизненного стиля и улучшение социальной адаптации. Правильно организованная система обучения позволяет предотвратить осложнения, являющиеся причиной прогрессирования болезни, сохранить у больных высокую работоспособность и удовлетворительное качество жизни.

Основой обучения пациентов с заболеваниями внутренних органов является модификация образа жизни. Одновременно важна установка на проведение лечебных и реабилитационных мероприятий и формирование у пациентов мотивации к длительному выполнению рекомендаций по питанию, дозированным физическим нагрузкам, приему лекарственных средств, отказу от вредных привычек.

Известны разные формы обучения – снабжение больного печатной продукцией (листочки, буклеты, таблицы), регулярные контакты по телефону (интернету), проведение индивидуальных (беседы) и групповых занятий (лекции, школы здоровья).

Эффективная форма амбулаторной реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) – коронарные клубы. В коронарном клубе пациенту дают необходимые знания, он участвует в реабилитационном процессе, в том числе получает дозированные физические нагрузки. Эти клубы организуются при кардиологических отделениях больниц, в поликлиниках с целью физической, психологической, медикаментозной реабилитации больных со стабильной стенокардией, в том числе перенесших инфаркт миокарда. Коронарные клубы для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями – важная форма улучшения качества жизни.

Немаловажна роль медсестры – руководителя Школы здоровья при гипертонической болезни и ИБС. Медсестра, в первую очередь, должна контролировать артериальное давление (АД), помогая этим врачу в достижении целевых уровней АД,

следить за соблюдением пациентами водно-солевого режима, обучить их правилам измерения АД и его самоконтролю, рассказать о факторах риска, группах лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертензии и ИБС, диагностических критериях гипертонического криза, принципах доврачебной самопомощи.

### Научно обоснованные принципы обучения пациентов

1. *Принцип адаптации.* Обучение необходимо максимально приблизить к нуждам и окружению конкретного больного, чтобы индивидуализировать медикаментозное и немедикаментозное лечение.

2. *Принцип социализации.* Обучение должно быть направлено на улучшение качества жизни.

3. *Принцип сознательности и соучастия.* Необходимы понимание пациентом важности поставленных перед ним задач по решению проблем его здоровья и открытые взаимоотношения между больным и медработником. Делая акцент на целях обучения, врач и медсестра должны быть дружелюбными, внимательными, общительными, а пациент должен почувствовать их компетенцию и профессионализм, что даст положительный терапевтический эффект.

4. *Принцип наглядности обучения.* Чтобы повысить интерес больного к обучению, рекомендуется использовать красочно оформленные таблицы, схемы, плакаты, видеоматериалы, отрывные листы для пациентов и другую специальную литературу.

5. *Принцип систематичности и последовательности.* Каждое занятие должно проводиться с учетом составленного плана, быть подчинено целям и задачам обучающей программы. Занятия начинаются после постановки диагноза и продолжаются при каждом последующем контакте. Интенсивность и содержание занятия могут меняться в зависимости от тяжести состояния пациента и течения его заболевания, но этапность в обучении необходимо соблюдать.

6. *Принцип доступности.* Предлагаемые пациенту рекомендации должны быть практичными и простыми в осуществлении, соответствовать интеллектуальному и социальному уровню больного и лиц, ухаживающих за ним.

7. *Принцип научности.* Обучающие программы должны быть достоверными и надежными, соответствовать современным научным рекомендациям.

8. *Принцип связи теории с практикой.* Важно, чтобы пациент понял природу болезни, факторы риска, ведущие к ее прогрессированию, принципы ранней диагностики осложнений, знал, как ему

вести себя в условиях болезни и принимал тактику лечения. Кроме базовой информации о заболевании и патофизиологии, пациент должен иметь представление об общих подходах к терапии, получить навыки самоведения и принятия решений во время обострений заболевания.

#### 9. Принцип закрепления полученных знаний.

Подходы к обучению пожилых больных отличаются от таковых у лиц среднего возраста. При обучении пожилых людей необходимо компенсировать снижение их когнитивных способностей, рассеивание внимания, снижение способности к усвоению новых знаний.

В условиях терапевтического стационара при реализации медико-образовательных программ рекомендуется следовать таким правилам:

1. При сердечно-сосудистой и дыхательной патологии у лиц пожилого возраста оптимальное число занятий колеблется от 4 до 5, у лиц среднего возраста – от 2 до 3.

2. При занятиях с лицами пожилого возраста наиболее важные темы – схемы медикаментозной терапии; физическая активность; рациональное питание; неотложная самопомощь; роль родственников и социальных служб; принципы и необходимость постоянного применения базисной терапии. Для лиц среднего возраста наиболее важны знания о схемах медикаментозной и немедикаментозной вторичной профилактики, лекарственной терапии, о роли базисной терапии, принципах самопомощи в неотложных ситуациях.

3. Занятия с пожилыми людьми лучше проводить в группах по 2–3 человека или индивидуально; при занятиях с пациентами среднего возраста в группах может быть до 4–5 человек.

4. Пожилые больные лучше воспринимают печатные вспомогательные материалы – памятки и брошюры, люди среднего возраста – наглядные материалы в виде таблиц, видеоматериалов, памяток.

5. Терапевтическое обучение должно начинаться после стабилизации состояния пациентов (при артериальной гипертензии – после купирования кризового состояния, при ИБС – при прекращении прогрессирования стенокардии, в случаях бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких – при уменьшении степени бронхообструкции).

Противопоказанием для обучения является тяжелая соматическая патология: энцефалопатия III степени, сосудистая деменция и другие психоорганические поражения головного мозга, инфаркт миокарда, тяжелая хроническая сердечная недостаточность (III–IV ФК).

Занятия лучше проводить в специально оборудованном кабинете, в котором имеются кресла,

стол, напольные весы, ростомер, доска, сантиметровая лента для определения соотношения «талия/бедро», тонометры, фонендоскоп, пикфлоуметры, пульсоксиметр, глюкометр, печатные материалы (плакаты, листовки, буклеты, брошюры, памятки, таблицы), видеоматериалы, бумага, фломастеры, ручки, медицинская документация, документы для регистрации и ведения больных по тематическим группам и т.д.

Занятия можно проводить в 2 этапа. На 1-м этапе они могут быть посвящены общим медицинским знаниям (20-минутные лекции); их цель – обучение пациентов коррекции факторов риска, здоровому образу жизни. Занятия начинают со 2–3-го по 5–6-й день поступления в терапевтический стационар, проходят они в группах от 2 до 3 человек или проводятся индивидуально.

Общими медико-образовательными темами могут быть: факторы риска и их коррекция; нормализация массы тела – важнейший фактор улучшения качества жизни; негативные эффекты курения и методы борьбы с ним; здоровый образ жизни – основа здоровья.

На 2-м этапе занятия проводят по 20 мин 1 раз в день и они должны быть посвящены отдельным нозологическим формам. Так, при обучении пожилых больных артериальной гипертензией проводят 4 теоретико-практических занятия по следующим темам: понятие об артериальной гипертензии и опасностях повышения АД; правила измерения АД и его самоконтроль; диагностические критерии гипертонического криза, самопомощь, показания к госпитализации; необходимость диспансерного наблюдения в поликлинике. В программу обучения пожилых пациентов с артериальной гипертензией входят: понятие об АД, его нормальном значении; правила измерения АД и его самоконтроль; разъяснение сути артериальной гипертензии и поражения органов-мишеней; коррекция факторов риска; понятия суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонического криза, самопомощи, показаний к госпитализации; обсуждение основных групп гипотензивных препаратов и необходимости диспансерного наблюдения в поликлинике. Такие программы можно разработать и для других заболеваний внутренних органов.

Медсестра – главное действующее лицо процесса терапевтического обучения. Работая с пациентом, она обязана в совершенстве владеть навыками вербального и невербального общения. Важно не просто установить контакт с пациентом, но и создать у него соответствующую мотивацию, быть убедительной, настойчивой, терпеливой.

Сегодня необходимо научить людей управлять своим здоровьем и быть ответственными за него.

Поэтому просвещение населения в области медицины – одно из важных направлений деятельности медицинских работников.

#### Рекомендуемая литература

Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Кучера Й., Киселевич М.М. Физическая реабилитация и оздоровление пожилых граждан. Актуальные проблемы практической геронтологии. Тезисы докладов научн.-практ. конференции. Новополюк, 15 сентября 2010 г. – Новополюк: ПГУ, 2010. – С. 55

Киселевич М.М. К вопросу о составлении медико-образовательных программ для пожилых бронхолегочных больных. Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде. Сб. тезисов. – Белгород: БелГУ, 2009. – С. 18–19.

Киселевич М.М., Прощаев К.И. О проблеме разработки медико-образовательных программ для пожилых. Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде. Сб. тезисов. – Белгород: БелГУ, 2009. – С.15–16.

Киселевич М.М., Сovenko Г.Н., Прощаев К.И. Медико-социальные аспекты реабилитационно-профилактической помощи пациентам пожилого возраста с соматической патологией. Актуальные проблемы клинической геронтологии. Сб. материалов Межрегиональной конференции с межд. участием, Белгород, 10 декабря 2009 г. – Белгород: БелГУ, 2009. – С. 7–9.

Лукьянов А.А., Киселевич М.М. Терапевтическое обучение пожилых пациентов с метаболическим синдромом с выраженной артериальной гипертензией. Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде. Сб. тезисов. – Белгород: БелГУ, 2009. – С. 23.

Мелешкина И.Ю. Актуальность школ здоровья. Материалы III Всероссийского съезда медицинских работников, Санкт-Петербург, 14–16 декабря 2008 г. – СПб., 2008. – С. 244–245.

Пилипенко С.А., Морозов И.В. Роль медицинской сестры–руководителя в организации Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией. Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников, Санкт-Петербург, 14–16 декабря 2008 г., – СПб., 2008. – С. 235.

Прощаев К.И., Киселевич М.М. Подходы к разработке медико-образовательных программ для пожилых с заболеваниями внутренних органов и участие в них медицинских сестер с высшим медицинским образованием. Высшее сестринское образование в системе российского здравоохранения. Материалы III Российской научн.-практ. конф. с межд. Участием. Ульяновск, 10 декабря 2009 г. – Ульяновск, 2009. – С. 207–210.

#### CURRENT IDEAS ABOUT THERAPEUTIC EDUCATION M.M. Kiselevich, Therapist

Belgorod State National Research University

The paper gives the principles of patient health education, which aim to mold new mental sets and to modify behavior during disease self-control.

Key words: patient, nurse, therapeutic education.