**Тема: Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией**

Основными тенденциями в профилактике в настоящее время в стране и в мире является формирование у населения здорового образа жизни через гигиеническое воспитание и обучение. Курение табака, наркомания, неправильное питание, употребление алкоголя, неблагополучие окружающей среды, условий труда и техники безопасности - все это важные и в то же время устранимые причины ухудшения здоровья.  
 Приоритетность профилактического направления в ходе реформ здравоохранения в нашей стране определена в документах Правительства, Министерства здравоохранения и социальной защиты РФ. С 2009 года в приоритетный национальный проект "Здоровье" включено новое направление - формирование здорового образа жизни.  
Школа здоровья - это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни, направленная на формирование у пациентов мотивации к сохранению своего здоровья и повышению ответственности пациентов за свое здоровье, как своей личной собственности.  
 Большинство хронических заболеваний в настоящее время нельзя излечить, но можно обеспечивать профилактику осложнений, что может существенно продлить жизнь больных и повысить ее качество.  
 Однако успешно контролировать хроническое заболевание без активного участия пациента не представляется возможным. При посещении Школы у пациентов формируется рациональное и активное отношение к здоровью, мотивация к оздоровлению, соблюдению режима лечения, формируются партнерские отношения с лечащим врачом.

Эффективный контроль артериальной гипертонии (АГ) предполагает назначение рациональной гипотензивной терапии, существенной составляющей которой являются мероприятия по изменению образа жизни. Однако, согласно многочисленным исследованиям, в России официально зарегистрировано более 40 млн. больных АГ, из которых лишь около 10% получают адекватную терапию. Анализ причин неудовлетворительного контроля АГ в реальной практике свидетельствует, что основной помехой повышению качества медицинской профилактической помощи является низкая приверженность пациентов к выполнению врачебных назначений, что связано прежде всего с недостаточной информированностью больных об имеющемся заболевании и его возможных осложнениях. Так, 70% больных имеют мягкую АГ, к врачам не обращаются и не знают о своем здоровье. Даже среди больных с АГ, находящихся на диспансерном наблюдении у врача, частота факторов риска заболевания остается высокой, что неблагоприятно для прогноза. Исследованиями последних лет показано, что одним из основных методов, повышающим полноту и точность выполнения врачебных назначений, является профилактическое консультирование, предусматривающее не только информирование, но и обучение пациентов в Школах здоровья.

**Порядок организации занятий в Школах здоровья**  
 Занятия в Школе проводят участковые врачи и медицинские сестры, врачи-специалисты по профилю школы или отдельного занятия, владеющие теоретическими и практическими навыками гигиенического воспитания населения в области сохранения здоровья и профилактики заболеваний.  
 Обучение в Школе должно проводиться медицинскими работниками, способными оценить эффективность обучения, владеющими навыками убеждения, умеющими сопереживать пациентам, грамотно и доходчиво рассказывать, учитывая возможности познавательных функций пациентов и их эмоциональное состояние. Занятия можно проводить в поликлинике, в стационарах круглосуточного и дневного пребывания, на фельдшерско-акушерском пункте, в санаториях.  
 Контингент слушателей для занятий в Школе отбирается врачом или фельдшером на основании данных анамнеза, результатов клинико-инструментальных и лабораторных исследований с учетом возраста, состояния здоровья и сопутствующих заболеваний. Занятия проводятся в группах по 10 - 12 человек.  
 Рекомендуемое число занятий - от 5 до 8, возможно с периодичностью 1 - 2 раза в неделю. Продолжительность занятий не более 1 - 1,5 часа, лучше во второй половине дня для удобства работающих пациентов и соблюдения лечебно-охранительного режима для лиц, находящихся на стационарном лечении.  
 В структуре проведения каждого занятия необходимо соблюдать следующие пропорции: 20 - 30% - лекционный материал, 30 - 50% - практическая часть, 20 - 30% - ответы на вопросы, обсуждение или дискуссия, 10% - индивидуальное консультирование. Процесс обучения состоит из 5 уровней: получение знаний, понимание полученной информации, принятие ее, появление мотивации к выполнению рекомендаций, применение рекомендаций на практике и в жизни.  
 На первом уровне обучения медицинский работник помогает слушателю понять суть своего состояния, показывает влияние образа жизни и привычек на здоровье, убеждает в необходимости соблюдения рекомендаций по лечению, объясняет преимущества здорового образа жизни, индивидуально корректирует факторы риска для предупреждения осложнений. С этой целью разрабатывается программа обучения, включающая темы теоретических и практических занятий.  
 Для того, чтобы пациент максимально понял полученную информацию, необходимо использовать разные методики и формы обучения. Для лучшего понимания темы занятия используются наглядные пособия, плакаты и муляжи. С этой же целью информационный материал должен сопровождаться презентацией или видеодемонстрацией. Форма изложения темы может быть самой разнообразной: в виде диалога, круглого стола, деловой игры или тренинга, театрализованного представления. В процессе обучения пациент должен сам выбрать те факторы риска, на которые он может повлиять. Врач может лишь посоветовать больному, какими проблемами ему надо заняться в первую очередь. При этом советы по изменению образа жизни должны быть точно сформулированы и реалистичны.  
 Необходимо понимать, что знания - это важный, но недостаточный стимул для того, чтобы изменить свое поведение. Для каждого человека повод и мотивация к изменениям очень индивидуальны, помочь пациенту в поиске мотива надо попытаться во время занятий в Школе здоровья. Он должен стать активным и ответственным участником терапевтического процесса, а не ограничиваться пассивным подчинением назначениям врача.  
 Среди психологических влияний на эффективность обучения существенную роль играет фактор, который можно назвать "готовностью к изменениям в поведении". В 1983 - 86 гг. И. Прочаска и К. Ди Клементе обосновали так называемую "спиральную модель" процесса изменения поведения. Ее основной концепцией является обоснование стадийности изменений поведения человека, который пытается отказаться от определенных пристрастий или перейти к другому, более здоровому образу жизни.  
  
 В соответствии с этой моделью процесс изменений состоит из нескольких стадий.  
1 стадия - безразличие. Пациент не осознает, что его поведение является проблемным и приносит вред здоровью, избегает обсуждения проблемы и возможностей перемен.  
2 стадия - обдумывание изменений. Пациент начинает задумываться над возможными последствиями своего поведения. Он признает, что его образ жизни не является правильным и это во многом определяет состояние его здоровья. Эта стадия предполагает активный поиск информации и характеризуется большой озабоченностью своего неправильного поведения.  
3 стадия - подготовка к изменениям. Пациент начинает осознавать проблему, обдумывает конкретные планы действий, преодоления трудностей и препятствий. Стадия завершается принятием решения, что характеризуется твердым намерением пациента осуществить перемены в своем поведении.  
4 стадия - действия. Пациент модифицирует свое поведение, связанное с заболеванием, изменяет привычки, наблюдает за контрольными параметрами, участвует в лечебном процессе.  
5 стадия - поддержание адекватного заболеванию поведения. Это финальная стадия процесса, на которой самоконтроль приобретает большую или меньшую стабильность. Процесс перемены подходит к концу, когда вырабатывается максимум уверенности в своих способностях противостоять срыву в лечении.  
 Следует учитывать, что в процессе изменения поведения типичным является рецидив, т.е. возврат к прежнему, "неправильному" поведению, который может случаться на любой из перечисленных стадий. Рецидив не означает окончания процесса. Большинство пациентов, переживающих такой эпизод, вновь включаются в процесс перемен, т.к. человек, хотя бы раз испытавший сомнения и обдумавший необходимость изменить образ жизни, все равно неизбежно возвращается к этому.  
 Иногда пациент сам находит стимул для изменения поведения. Однако, если такого стимула нет, не нужно настаивать. Необходимо уважать взгляды больного. Если больной наотрез отказывается принять ответственность за свое здоровье, следует предоставить ему возможность оставаться на этой позиции. В конце концов, медицинский работник всего лишь помощник.  
 Изменение мотивации пациента к выполнению рекомендаций медицинских работников необходимо закрепить на практике. Практические упражнения и ролевые игры - важный компонент обучения, их лучше использовать после каждого теоретического занятия. В этом случае вероятность применения врачебных рекомендаций после обучения значительно возрастает.  
 Во время занятий обучаемые ведут записи и дневник самоконтроля предложенного образца в соответствии с направлением Школы. На первом и заключительном занятиях проводится тестирование пациентов для выяснения степени информированности. Пациентам, прошедшим обучение в Школе, выдаются памятки с практическими советами, делается запись в амбулаторной карте. Информация о проведении Школы здоровья должна быть размещена в виде объявления в регистратуре и, по возможности, освещена в средствах массовой информации.  
 Методика обучения пациентов в Школе включает групповое обсуждение с пациентами большинства проблем, предоставление необходимой медицинской информации и практических рекомендаций в определенном алгоритме обучения. Участие пациентов в групповом обучении дает им не только необходимые знания, но и обеспечивает социальную поддержку как со стороны медицинских работников, так и со стороны других пациентов. Такая форма обучения (Школа) способствует формированию у обучаемых адекватных представлений о причинах заболевания, дает понимание факторов, влияющих на прогноз, значительно повышает приверженность больных рекомендациям и назначениям врача, позволяет квалифицированно обучать больных навыкам преодоления патогенных стереотипов поведения.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Школа Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией является организационной формой профилактического группового консультирования (Гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе ХХI, Z 70-76), является медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с АГ. (Отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» – 91500.09.0002-2001, приказ МЗ РФ № 268 от 16.07.2001 г. «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации» и классифицируется 04.015.01:04 – медицинские услуги по профилактике; 015 – кардиология; 01 – Школа для пациентов с АГ).

Цель организации Школы – оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества медицинской профилактической помощи населению с АГ, а целью обучения следует считать повышение приверженности пациентов с АГ выполнению рекомендаций врача.

После окончания обучения в Школе пациенты должны знать:

- причины, симптомы повышения артериального давления (АД) и обострений заболевания (кризов, нарушений мозгового кровообращения, стенокардии, инфарктов миокарда);

* факторы риска развития осложнений заболевания;
* основы самоконтроля АД;
* средства доврачебной самопомощи при повышении АД;
* основы здорового питания и питание при АГ;
* принципы диеты при ожирении;
* влияние физической активности на здоровье;
* влияние табакокурения на здоровье;
* основные группы гипотензивных препаратов, показания и основные побочные действия лекарств, понижающих АД.

После окончания обучения в школе пациенты должны уметь:

* вести дневник пациента;
* проводить самооценку и контроль за уровнем АД и факторами, влияющими на течение заболевания;
* следовать назначениям врача, не заниматься самолечением;
* применять средства доврачебной помощи и самопомощи;
* контролировать вес тела;
* контролировать основные факторы, приводящие к осложнениям;
* контролировать уровень стресса, стрессовое поведение и отношение к нему.

**Для организации занятий в Школе для пациентов** в лечебно-профилактическом учреждении необходимо следующее:

Школа организуется руководителем медицинского учреждения. В приказе утверждаются ответственные лица за выполнение этого вида медицинских услуг, порядок и формы направления пациентов на обучение в Школе, статистические формы регистрации и учета, инструкция по оценке качества и эффективности работы, план и график работы закрепленного помещения для проведения занятий, перечень оборудования. Руководитель учреждения обеспечивает также подготовку специалистов для выполнения этой работы. Непосредственно в учреждении, где организуется школа, инициатором ее создания должен быть кабинет медицинской профилактики.

1. Изучить нормативные и методические документы по созданию Школы здоровья того или иного профиля, обдумать наименование Школы.

2. Подготовить приказ по лечебному учреждению, в котором утверждено положение по организации Школ здоровья, назначен ответственный за организацию и отчетность Школы здоровья в учреждении, определен список специалистов, участвующих в проведении занятий с пациентами.

3. Обучить медицинский персонал, готовый участвовать в проведении занятий в Школе.

4. Разработать положение об организации работы Школы в учреждении, включающее порядок работы Школы, программу обучения, продолжительность обучающего цикла, продумать техническое оснащение, критерии эффективности, анкеты, формы учета и отчетности.

5. Подготовить помещение для проведения занятий, наглядный материал, памятки, муляжи, плакаты, видеоматериалы, оборудовать кабинет специальным оборудованием: тонометры, спирометры, глюкометры, весы, ростомер, доска, экран, телевизор, проекционное оборудование, компьютер, мультимедийный проектор, видеотехника и др.

Ответственный за организацию работы Школы ведет следующую учетно-отчетную документацию:

1. "Журнал учета работы Школы здоровья".

2. В конце года анализирует работу Школ здоровья в учреждении здравоохранения и заполняет отчетные формы о деятельности Школ здоровья: таблицу N 4809 годовой отчетной формы N 30 "Сведения о лечебно-профилактическом учреждении", утвержденной постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 N 175 (раздел IV, пункт 10 "Деятельность отделений/кабинетов медпрофилактики") и "Годовой отчет о работе Школ здоровья" в учреждении здравоохранения.

Отчет о работе Школ здоровья составляется ежеквартально и 1 раз в год вместе с ежегодным годовым отчетом с анализом критериев эффективности. В нем должно быть обязательно указано:

1. Количество проведенных за год обучающих циклов в данной Школе.

2. Общее число обученных пациентов, распределение их по полу, возрасту и социальному положению.

3. Число пациентов, обученных первично и повторно.

Система оценки является важным элементом контроля качества обучения пациентов в Школе, которая позволяет установить конструктивную обратную связь между пациентами и обучающим персоналом. Информация, полученная в ходе оценки, может быть использована для внесения изменений в обучающую программу, что является важным условием обеспечения динамизма, необходимого в организации непрерывного лечебно-обучающего процесса.

Целевой группой обучения в Школе являются пациенты с АГ 1-3 степени с низким, средним, высоким риском. Больные с осложненным течением АГ или ассоциированными клиническими состояниями должны обучаться по отдельным программам профилактики и реабилитации.

Пациенты направляются на занятия в Школе врачом общей практики (семейным врачом) или участковым терапевтом с заполненным по форме направлением, которое утверждается главным врачом. Образец направления представлен на рисунке 1. Группы для обучения в Школе формируются из пациентов, имеющих близкие уровни АД и один уровень риска. Занятия рекомендуется проводить небольшими группами по 8-10 человек, продолжительностью 90 –120 минут с частотой 2-3 раза в неделю в удобное для всех время. Режим работы Школы может быть определен в каждом учреждении в зависимости от конкретных условий.

Для проведения занятий необходимы:

1. помещение;
2. стол, желательно круглый, удобные стулья или кресла для проведения достаточно продолжительных занятий;
3. демонстрационные материалы: плакаты, таблицы, оверхед, проектор, доска;
4. печатные материалы (раздаточный материал) для закрепления полученной на занятиях информации (памятки, брошюры, листовки и т.д.);
5. несколько комплектов тонометров и фонендоскопов для обучения больных методике измерения АД;
6. ростомер, весы, сантиметр, калькулятор, таблицы для определения индекса массы тела;
7. дневник пациента.

Обучение в Школе могут проводить врачи (врачи общей практики, терапевты, кардиологи, с привлечением врачей ЛФК и диетологов), медицинские сестры с высшим сестринским образованием, фельдшера, прошедшие специальную подготовку по программе «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией».

Полная программа обучения состоит из цикла структурированных занятий продолжительностью 90 минут каждое. Всего в цикл входят 8 занятий, из которых 7 являются обязательными, а одно («Курение и здоровье») направлено на курящих пациентов и их родственников. Школы могут быть трехдневными, когда те же темы излагаются за 3 занятия по 120 минут, или однодневными.

**Образец направления** на обучение в Школу здоровья.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. |  | | |
| Возраст |  | | |
| Профессия |  | | |
| Телефон |  | | |
| Диагноз |  | | |
| Ф.И.О. леч. врача |  | | |
| *Результаты обследования, дата* | | | |
| АД (при последнем измерении) | |  | |
| Длительность АГ | |  | |
| Перенесенные заболевания | |  | |
|  | |
| Сопутствующие заболе-вания (сахарный диабет, болезни почек. ХОБЛ и др.) | |  | |
| Степень АГ | | Уровень суммарного риска | |
| Общий холестерин (дата) | | | Холестерин ЛВП (дата) |
| Триглицериды (дата) | | | Сахар крови натощак (дата) |
| ЭКГ (дата) | | |  |
| Другие исследования | | |  |
|  |