

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
факультет Психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра Управления сестринской деятельностью

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЗИЦИЙ ИХ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ВОЗРАСТА И УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

(на примере ГБУЗ СО «Свердловская областная
клиническая больница № 1» г. Екатеринбурга)

Направление подготовки _____
_____ *Сестринское дело* _____
Квалификация *Академическая* _____
медицинская сестра. Преподаватель _____
Допущена к защите: « *30* » *апреля 2018 г.* _____
Зав.кафедрой _____ *Шурыгина Е.П.* _____
д.м.н., доцент *Шурыгина* _____
Дата защиты _____ *24 мая 2018 г.* _____
Оценка _____ *отлично* _____

Исполнитель: _____ *Вахрамеева Анастасия Сергеевна* _____
_____ *Анастасия Сергеевна* _____
Группа _____ *ОСД-315* _____
Руководитель _____ *Шардина Л.А.* _____
_____ *д.м.н., профессор* _____
Нормоконтролер _____ *Иванова Н.В.* _____
_____ *старший преподаватель* _____
Рецензент _____ *Ушкова Н.Г.* _____
_____ *специалист по УМР* _____

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЗИЦИЙ ИХ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ВОЗРАСТА И УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ	5
1.1. Определения понятия «приверженность к лечению»	5
1.2. Роль медицинской сестры в формировании приверженности пациента к лечению	7
1.3. Методы обучения пациентов	16
1.4. Классификация активных методов обучения	17
1.5. Эффективность активных методов обучения	24
1.6. Методы оценки приверженности пациентов к лечению	25
2. ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ СО «СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»	31
2.1. История создания и краткая характеристика ГБУЗ СО СОКБ № 1. . .	31
2.2. Материалы и методы исследования	34
2.3. Результаты исследования с помощью теста Мориски–Грина	38
2.4. Анализ приверженности пациентов к здоровому образу жизни	41
2.4.1. Анализ приверженности пациентов нефрологического отделения к здоровому образу жизни	42
2.4.2. Анализ приверженности пациентов кардиологического отделения к здоровому образу жизни	45
2.5. Проведение занятия с пациентами и анализ его эффективности	50
3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ	57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	61
ПРИЛОЖЕНИЯ	

ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия достигнут значительный прогресс в изучении механизмов развития, принципов диагностики, профилактики и лечения многих заболеваний. Однако эти достижения не в полной мере реализуются в клинической практике, что не всегда позволяет достигнуть желаемой эффективности.

В достижении терапевтического результата приверженность больного к лечению не только играет значимую роль, но часто является определяющей.

Особенно это относится к пациентам с хроническими заболеваниями, лечение которых продолжается многие годы, но чаще всего - и пожизненно.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) невыполнение врачебных рекомендаций пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, является глобальной медицинской проблемой, оказывающее существенное влияние на эффективность проводимого лечения, а также приводящей к серьезным экономическим последствиям.

Так, до 50% пациентов с артериальной гипертензией, бронхиальной астмой, атеросклерозом с гиперлипидемией, сахарным диабетом, эпилепсией и другими заболеваниями самостоятельно прерывают лечение, назначенное врачом. [8]

Основной причиной смертности населения являются сердечно-сосудистая патология. Низкая приверженность пациентов к лечению в свою очередь является одной из основных причин их прогрессирования и стабилизации уровня смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В частности, в Российских национальных рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии фактор приверженности к терапии стоит на первом месте среди причин рефрактерной артериальной гипертензии. [14]

Проблема приверженности больных к лечению в последние годы особенно актуальна, и является одной из самых серьезных и распространенных в медицинской практике.

В последние годы в лечении хронических заболеваний значимая роль отводится программам терапевтического обучения больных. На примере таких патологий, как сахарный диабет и бронхиальная астма, было показано, что информированность больных об имеющемся у них заболевании и обучении пациента основам самоконтроля приводит к улучшению компенсации, уменьшению осложнений, повышению уровня качества жизни. [5]

Цель работы - улучшение приверженности пациентов к лечению заболеваний с позиций их гендерной принадлежности, возраста и уровня образования.

Для достижения поставленных целей необходимо рассмотреть следующие задачи:

1. Изучить теоретические аспекты приверженности пациентов к лечению заболеваний.
2. Проанализировать уровень приверженности пациентов к лечению хронических заболеваний на базе нефрологического и кардиологического отделений ГБУЗ СО СОКБ № 1.
3. Разработать рекомендации направленные на формирование приверженности пациентов к лечению заболеваний.

База исследования – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница №1 г. Екатеринбурга.

Объект исследования - комплаентность пациентов кардиологического отделения ГБУЗ СО СОКБ №1.

Предмет исследования - процесс формирования комплаентности пациентов к лечению.

Методы исследования:

- социологический;

- аналитический;
- наблюдения;
- сравнения.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЗИЦИЙ ИХ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ВОЗРАСТА И УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

1.1. Определения понятия «приверженность к лечению»

Большое число исследований, посвященных проблеме несоблюдения врачебных рекомендаций, определило формирование целостной концепции и специфической терминологии.

Одним из первых терминов, предложенных исследователями в начале 1950-х годов прошлого столетия для обозначения проблемы соблюдения или несоблюдения пациентом рекомендаций врача, стало понятие «комплаенс» (от англ. compliance - уступчивость, податливость), от которого впоследствии произошли такие производные понятия, как «комплаентность» или «некомплаентность», относившиеся к оценке степени приверженности лечению.

Большое внимание уделяется необходимости различать понятия «приверженность» и «комплаентность». В 1997 году в результате анализа данных многих независимых авторов было принято решение о принятии нового термина «приверженность». Понятие «комплаенс» означает пассивное подчинение рекомендациям специалистов и простое соблюдение врачебных инструкций, в то время как понятие «приверженность» подразумевает сотрудничество и партнерство врача и пациента с активным вовлечением последнего в процесс лечения. Подобное сотрудничество необходимо для того, чтобы пациент чувствовал ответственность за своё здоровье и следовал назначениям врача.

Однако термин «комплаенс» вскоре утратил популярность, так как в большей степени он определял характер поведения пациента лишь по отношению к назначенному медикаментозному лечению. Впоследствии в качестве альтернативы был предложен термин «приверженность» (от англ. adherence - соблюдение, следование). [18]

Согласно определению ВОЗ, под «приверженностью» понимают степень соответствия поведения пациента назначениям врача в отношении приема лекарственных препаратов, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни». Данное понятие более точно описывает и подчеркивает взаимодействие врача и пациента в принятии решений, чем выражение идеи подчинения медицинским предписаниям. [20]

Приверженность лечению можно разделить на три составляющие:

- «постоянство» (продолжительность времени выполнения пациентом назначенных рекомендаций);
- «инициация приверженности» (начинает ли пациент проводить рекомендованное лечение);
- «степень приверженности» (показатель выполнения пациентом предписаний врача в отношении дозы лекарственного препарата). [6]

При анализе степени приверженности лечению учитывают единичные пропуски приема препарата и так называемые «лекарственные каникулы», означающие прекращение лечения на 3 и более дней.

В современной медицине до настоящего времени сохраняется определенный конфликт биомедицинского подхода к лечению, при котором специалисты здравоохранения в первую очередь обращают внимание на клинические и метаболические аспекты, и биопсихосоциального подхода, в котором центральное место занимает сам больной как личность со своими психосоциальными особенностями. [29]

С учетом набирающей популярность биопсихосоциальной модели здоровья и болезни, в середине 1990-х годов было предложено еще одно более расширенное трактование концепции, определенное понятием «конкордант-

ность» (от англ. concordance - соглашение, соответствие). Если модель взаимоотношения врача и пациента по типу «комплаенс» предусматривает простое выполнение пациентом врачебных инструкций, то модель «конкордантность» рассматривает процесс лечения как сотрудничество и партнерство. В этой связи врач должен предоставить пациенту полноценную и достоверную информацию о его заболевании, состоянии, возможностях лечения.

В настоящее время общепринятым и наиболее распространенным является понятие «приверженность лечению», которое рассматривается как комплексная модель поведения пациента в отношении своего здоровья и имеет более широкое трактование, чем комплаенс. [3]

Ключевыми вопросами современных исследований в рамках системы концепции являются методологические аспекты оценки уровня приверженности лечению при различных заболеваниях, анализ главных причин низкой приверженности (так называемых «барьеров») и разработка современных подходов к ее улучшению.

1.2 Роль медицинской сестры в формировании приверженности пациента к лечению

Одним из наиболее важных показателей эффективности проводимого пациенту лечения является частота повторных госпитализаций. По данным различных авторов, у пожилых больных с заболеваниями сердечно - сосудистой системы частота повторных госпитализаций составляет от 25 до 47% в течение 3 месяцев, и одной из причин является недостаточной приверженностью больных к лечению. Необходима постоянная работа с больными для формирования у них стойкой мотивации на изменение образа жизни и приверженности к лечению, при этом часть такой работы могут выполнять медицинские сестры. [23]

Несоблюдение пациентом рекомендаций по лечению, является важной проблемой, которая приносит вклад в снижение эффективности терапии за-

болеваний. В реальной практике приверженность пациентов к лечению по различным данным колеблется от 15 до 60%. [27]

Приверженность (или комплаентность) - это степень совпадения поведения пациента с рекомендациями врача. Приверженность в отношении лекарственной терапии определяется как прием, по крайней мере, 80% препарата от должного. Примерами неправильной приверженности к терапии является прием несоответствующей дозы препарата, в неправильное время, перерывы, пропуски визитов к врачу. [15]

По данным мировых исследований, положительно на приверженность лечению повлияли старший возраст, плохое самочувствие, информированность пациентов о значении факторов риска заболевания, хорошее материальное положение, наличие социальной поддержки, благоприятные взаимоотношения в семье, высокий уровень образования приемлемая стоимость лечения.

Отрицательным влиянием на приверженность к лечению оказывают страх перед побочными эффектами лекарственных препаратов, злоупотребление алкоголем и курение пациентов, низкий уровень образования, недостаточное обеспечение лекарственными препаратами малоимущих групп населения. [6]

Факторы, влияющие на приверженность, могут быть связаны с пациентом - это непонимание необходимости лечения, забывчивость, осознанное нежелание лечиться, устойчивый страх перед постоянным приемом большого количества лекарств, побочные эффекты от лечения, финансовые проблемы.

Исследования уровня приверженности пациентов к лечению указывают, что на приверженность влияет целый ряд факторов/обстоятельств:

– *Пол и возраст*: низкая приверженность к лечению была выявлена у мужчин, пожилых людей старше 65 лет и молодых пациентов до 35 лет;

– *Психологические особенности пациента*, уровень его образования: отрицание заболевания, плохая память, «нетерпеливость», невысокие волевые качества, низкий уровень образования и интеллекта;

– *Особенности течения заболевания*: часто встречаются случаи, когда перестают принимать препараты после исчезновения клинических симптомов заболевания;

– *Схемы лечения*: для некоторых людей количество таблеток, которое необходимо принимать, или сложность режима служат постоянным напоминанием о болезни. Когда самочувствие улучшается (после начальной фазы заболевания), у людей может возникнуть желание забыть о болезни и, как следствие, не принимать препараты. Количество таблеток, частота приема и определенные требования к диете также могут усложнять прием препаратов;

– *Сложность в организации контролируемого лечения*: медицинские услуги труднодоступны для получения пациентом (отсутствие средств на транспорт, осложняющие передвижения пациента);

– *Побочные эффекты от приема препаратов*: после начала лечения достаточно серьезная проблема, которая может привести к отказу от лечения;

– *Социальное окружение*: нестабильные отношения в семье, с друзьями и коллегами могут негативно влиять на приверженность к лечению;

– *Стиль жизни*: определенная модель и образ жизни не позволяют придерживаться жесткого режима дозировок, перед началом терапии рекомендуется обсудить это с лечащим врачом для того, чтобы найти наиболее подходящий и эффективный режим;

– *Нестабильный образ жизни*: прием наркотиков и алкоголя повышает вероятность пропуска приема препарата и отрыв от лечения;

– *Вера человека в эффективность лечения*: более вероятно, что люди, которые верят в эффективность своего лечения, достигнут высших уровней приверженности, чем те, чье отношение скептически или переменчиво. Плохо осведомленные пациенты и те, которые не понимают цели лечения, как правило, имеют более низкий уровень приверженности;

– *Депрессия и психическое здоровье* (табл.1). [1]

Таблица 1 – Потенциальные факторы риска недостаточной приверженности к лечению

Демографические причины	Факторы риска		
	Связанные с препаратами и схемой лечения	Связанные с заболеванием	Связанные с пациентом
Мужской пол Возраст до 35 лет и старше 65 Низкий уровень образования Низкий социально-экономический статус Этническая принадлежность Невротические расстройства (депрессия, тревожное расстройство и т.д.) Вторичные выгоды от заболевания (группа инвалидности, выплаты и т.д.) Недостаточная осведомленность о заболевании	Количество препаратов Кратность приема Размер и вкус таблетки Длительность терапии Стоимость лечения (финансовая недоступность препарата) Побочные эффекты Медленный эффект терапии Плохая переносимость препаратов	Специфика патологии Невосприимчивость к лечению Отсутствие ремиссии в течение заболевания Бессимптомное течение заболевания	Понимание болезни и её последствий Принятие угрозы здоровью Понимание выгоды лечения Мотивация больного и семьи Участия больного в решении

Приверженность к лечению - это, прежде всего, осознанное желание начать лечение и успешно его завершить.

Отсутствие приверженности можно условно разделить на намеренное, когда пациент не хочет выполнять врачебные рекомендации, и ненамеренное, когда, несмотря на желание пациента, существуют практические проблемы в следовании рекомендациям. [22]

Даже мотивированные на лечение пациенты не всегда выполняют предписанные назначения. Многие пациенты делают непредумышленные ошибки в приеме медикаментов вследствие забывчивости. Однако намеренное невыполнение рекомендаций является значительной проблемой, особенно среди тех, кто требует долгосрочного лечения. [2]

Причинами сознательного несоблюдения схемы лечения могут быть:

- несформированная мотивация «я никому не нужен, ради чего жить и быть здоровым», либо «другие приоритеты»;
- отсутствие поддержки, особенно со стороны родных и близких;
- особенности личности (психический инфантилизм);
- употребление психоактивных веществ;
- депрессия и суицидальные установки;
- отсутствие неприятных ощущений на фоне развития заболевания (например, под воздействием психоактивных веществ);
- необходимость изменить образ жизни (госпитализация на длительный срок);
- желание справиться с болезнью самостоятельно, без врача (из-за низкого уровня доверия к врачу);
- недостаток медицинской информации;
- улучшение самочувствия во время лечения;
- серьезные побочные эффекты лечения;
- «усталость» от длительного лечения. [24]

С низкой приверженностью также ассоциируются нездоровый образ жизни (курение, низкая физическая активность, употребление алкоголя), индивидуальные социальные и культурные факторы. Важным психологическим фактором, влияющим на приверженность к лечению, является готовность к изменениям в поведении, и пациента при этом необходимо активно поддерживать.

Проблемы приверженности могут быть связаны с характером терапии.

Переносимость, эффективность и удобство для больного выбранного режима терапии - один из основных факторов, определяющих приверженность лечению. Существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью, что может быть связано с большей стоимостью многокомпонентной терапии, сложным режимом приема,

субъективным неприятием больного. Прием лекарственных препаратов один, максимум два раза в день значительно улучшает приверженность.

Изменение отношения пациента к своему заболеванию включает несколько стадий:

1 стадия - отрицание. Пациент отрицает факт своего заболевания, игнорирует признаки болезни и отказывается от лечения. Отрицание рассматривают как один из механизмов психологической защиты. В этот период пациент чаще всего не способен слышать врача и воспринимать его рекомендации. Рациональная тактика со стороны доктора: демонстрировать поддержку, минимально комментировать вопросы, связанные с заболеванием, не обсуждать долговременный прогноз.

2 стадия - протест. Характеризуется агрессивным настроением пациента и негативным отношением к рекомендациям. На этой стадии для врача важно избегать ответной агрессии и поддерживать пациента, помня о том, что агрессия больного направлена не на тех, кто пытается ему помочь, а на свою болезнь. Стандартные обучающие программы в этот период также не показаны.

3 стадия - торговля. Пациент уже осознает факт заболевания, но пока не в полной мере. Он не желает уступать болезни, не хочет изменять привычный жизненный уклад. Неполное принятие заболевания приводит к неадекватному выполнению рекомендаций и лишь частичному согласию с лечением. На данной стадии следует предоставить пациенту возможность самостоятельно убедиться в эффективности лечения, не оказывая на него чрезмерного давления.

4 стадия - самоанализ. Пациент осознает факт наличия заболевания, у него появляется потребность в информации о нем и необходимом лечении.

Именно на этой стадии пациент уже готов к сотрудничеству и со стороны медицинского персонала необходимо предоставить ему возможность открыто выражать свои эмоции в связи с болезнью.

5 стадия - принятие болезни. Пациент адекватно воспринимает рекомендации и принимает активное участие в процессе лечения. Возможны так-

же варианты неадекватного принятия - покорность (восприятие болезни как непоправимого состояния и пассивность) и псевдопринятие (волевое, осознанное игнорирование заболевания). [25]

Мероприятия, направленные на повышение приверженности к терапии можно условно разделить на следующие группы:

- Обучение пациентов;
- Организационные мероприятия (напоминания, пометки на истории болезни);
- Психологические (консультирование поведенческая терапия и др.);
- Технологические (крышки для упаковок с напоминаниями, лекарственные формы, телемониторинг и т.п.);
- Экономические (денежные и немонетарные стимулы);
- Комплексные. [17]

Роль медицинской сестры в формировании приверженности пациента к лечению может заключаться в следующем:

1. Информирование пациента о заболевании и лечении:

- Оценить понимание и принятие заболевания пациентом, его ожидания от длительного наблюдения и лечения.
- Обсудить имеющиеся сомнения и прояснить непонятные вопросы.
- Информировать пациента об основных показателях, характеризующих течение заболевания.
- Согласовать с пациентом целевые уровни этих показателей (например, уровень артериального давления при гипертонической болезни).
- Информировать пациента о рекомендованных изменениях образа жизни, терапии и обеспечить его письменной информацией о назначениях.
- Выявлять проблемы, которые беспокоят пациента, предоставлять ему возможности выработать стратегию поведения для выполнения рекомендаций.
- Подчеркивать необходимость длительного лечения, несмотря на достижение целевых уровней показателей заболевания.

2. Совместно с врачом осуществлять подбор индивидуального режима терапии:

- Вовлекать пациента в принятие решений.
- Определять вместе с пациентом реальные краткосрочные цели в отношении изменения образа жизни и лечения.
- Включать терапию в образ жизни пациента.
- Обсуждать с пациентом возможные побочные эффекты препаратов.
- Поощрять самоконтроль.
- Минимизировать стоимость терапии.

3. Закрепление достигнутого:

- Обсуждать с пациентом показатели, характеризующие течение заболевания, во время каждого визита.
- На каждом визите контролировать соблюдение пациентом рекомендаций, предупреждать пациента об этом.
- Поощрять поведение, направленное на достижение контроля течения болезни (уровень артериального давления, уровень липидов, наличие обструкции и т.п.)
- Убедиться, что пациент понял рекомендации в отношении режима терапии.
- Использовать памятки, напоминать пациенту о предстоящем визите по телефону.
- Планировать более частые визиты для пациентов, не приверженных к лечению.
- Устанавливать контакт с пациентом, пропустившим визит.

4. Обеспечение социальной поддержки:

- При согласии пациента обучать членов семьи для обеспечения ежедневной поддержки в достижении контроля за заболеванием.
- Организовать пациентов в группы для улучшения взаимной поддержки и мотивации. [28]

Осведомленность пациентов является необходимым, но недостаточным условием, если не предпринимаются соответствующие действия.

Цель - не просто информировать больных, а убедить их изменить образ жизни.

Внешняя мотивация определяется наградой или угрозой давления на человека извне.

При использовании информационной печатной, аудио- и видеопродукции следует учитывать общий образовательный уровень пациентов, избегать необъективных материалов. Использование любых вспомогательных и технических средств не должно заменять личного общения с пациентом.

Принципы обучения пациентов:

1. Взрослые обучаются эффективнее, если понимают, какую пользу принесут им новые знания.

2. Порядок изложения материала нужно выстраивать по принципу «от простого к сложному».

3. Полезно поощрять стремление пациента к практическому использованию приобретённых навыков.

4. Усвоенное на предыдущих занятиях следует повторять.

5. В конце каждого занятия полезно получать от слушателей обратную связь и отвечать на возникшие вопросы у пациентов. [26]

Люди со временем забывают полученную информацию, или получили ее в то время, когда были невосприимчивы к обучению. Со временем у пациента развиваются осложнения или возникают другие заболевания, появляются новые методики лечения, больные приобретают опыт, что диктует необходимой в предоставлении новой информации и новых навыков. [19]

На каждом промежутке времени необходимо сконцентрироваться на нескольких, четко поставленных задачах. Цели и задачи должны быть простыми, точными, практичными, достижимыми в течение ближайшего времени, оцениваемыми, принятыми и разделяемыми больным. Оценка должна выполняться в взаимодействии с пациентом.

Взаимоотношения медицинской сестры и пациента, основанные на доверии, уважении и понимании, способствуют повышению приверженности, удовлетворенности пациентов и улучшению состояния здоровья. Пациент рассматривается как полноправный участник команды. Необходимо регулярно (например, по телефону или электронной почте) узнавать у пациента, выполняет ли он рекомендации. Для напоминаний о визите могут использоваться блок-схемы, автоматическая телефонная система оповещения. [4]

Совмещение поведения, связанного с приверженностью, с повседневными привычками человека - например, приурочивание приема лекарственного препарата ко времени чистки зубов или бритья, утреннему кофе не позволяет пропустить прием.

Использование эффективных стратегий повышения приверженности пациентов к лечению может способствовать улучшению контроля за течением заболевания, снижению риска осложнений.

1.3. Общая характеристика активных методов обучения пациентов

Существует несколько определений активного обучения.

Активные методы обучения - это методы, которые мотивируют пациентов к оживленной мыслительной и практической деятельности в процессе изучения учебного материала. [12]

Активное обучение - представляет собой такую организацию и ведение учебного процесса, которая направлена на всеобщую активизацию учебно-познавательной деятельности обучающихся посредством широкого, желательно комплексного, использования как педагогических (дидактических), так и организационно- управленческих средств.

Активное обучение предполагает использование такой системы методов, которая направлена главным образом не на изложение преподавателем готовых знаний, их запоминание и воспроизведение пациентом, а на само-

стоятельное овладение студентом знаниями и умениями в процессе активной познавательной и практической деятельности.

Для активизации познавательной деятельности пациентов используются традиционные методы обучения с применением таких приемов, как постановка вопроса при изложении материала, включение в него отдельных практических упражнений, ситуационных задач, обращение к наглядным и техническим средствам обучения, побуждение к ведению записей, созданию опорных конспектов.

Особенности активных методов обучения состоят в побуждении пациентов к практической и мыслительной деятельности, без которой нет движения вперед в овладении знаниями.

Активные методы обучения применяются на разных этапах учебного процесса: при первичном овладении знаниями, закреплении и совершенствовании знаний, формировании умения и навыков. Нельзя резко разделить имеющиеся методы обучения на активные и неактивные. Применяя разнообразные приемы активизации познавательной деятельности, преподаватель добивается повышения познавательной активности обучающихся.

1.4. Классификация активных методов обучения

Рассмотрим классификацию методов активного обучения.

Она различает *«имитационные»* методы активного обучения, т.е. формы проведения занятий, в которых учебно-познавательная деятельность построена на имитации профессиональной деятельности. [9]

Все остальные методы относятся к *«неимитационным»*.

Это все способы активизации познавательной деятельности на лекционных занятиях.

Имитационные методы делятся на *«игровые»* и *«неигровые»* в зависимости от принимаемых студентами условий, выполняемых ими ролей, взаи-

моотношений между ролями, устанавливаемых правил, наличия элементов состязательности при выполнении заданий.

К «игровым» относятся проведение деловых игр, игрового проектирования и т. п., а к «неигровым» - анализ конкретных ситуаций, решение ситуационных задач и другие.

Схематично данную классификацию можно представить следующим образом:

Таблица 2 – Виды активных методов обучения

Активные методы обучения		
Неимитационные	Имитационные	
Игровые	Неигровые	
Проблемная лекция, лекция вдвоём, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция пресс-конференция эвристическая беседа; поисковая лабораторная работа; учебная дискуссия; самостоятельная работа с литературой; семинары;	Деловая игра; педагогические ситуации; педагогические задачи; ситуация инсценирование различной деятельности	Коллективная мыслительная деятельность; ТРИЗ работа;

Методы активного обучения могут использоваться на различных этапах учебного процесса:

1 этап – первичное овладение знаниями. Это могут быть проблемная лекция, эвристическая беседа, учебная дискуссия и т.д.

2 этап – контроль знаний (закрепление), могут быть использованы такие методы как коллективная мыслительная деятельность, тестирование и т.д.

3 этап – формирование профессиональных умений, навыков на основе знаний и развитие творческих способностей, возможно использование моделированного обучения, игровые и неигровые методы.

Применение тех или иных методов не является самоцелью. Поэтому для преподавателя любая классификация имеет практический смысл в той мере, в какой помогает ему осуществлять целенаправленный выбор соответствующего метода обучения или их сочетание для решения конкретных ди-

дактических задач. Поэтому данная классификация предлагает рассматривать активные методы обучения по их назначению в учебном процессе.

Но также следует отметить, что большинство активных методов обучения имеет многофункциональное значение в учебном процессе. Так, например, разбор конкретной ситуации можно использовать для решения трех дидактических задач: закрепление новых знаний (полученных во время лекции); совершенствование уже полученных профессиональных умений; активизация обмена знаниями и опыта.

Рассмотрим подробнее некоторые методы:

Проблемная лекция. Отличается от обычной тем, что начинается с постановки проблемы, которую в ходе изложения учебного материала лектор последовательно и логично решает или раскрывает пути ее решения.

Постановка проблемы побуждает слушателей к работе мысли, к попытке самостоятельно ответить на поставленный вопрос, вызывает интерес к излагаемому материалу, привлекает внимание слушателей.

Эвристическая беседа. (от лат. «эврика» - открытие) представляет собой ряд вопросов преподавателя, направляющих мысли и ответы учащихся. Успех беседы зависит от умелой постановки серии вопросов и знания предполагаемых ответов студентов.

Беседа может начинаться с сообщения фактов, описания явлений, событий, демонстрации фрагментов кинофильмов, показывающих проблемные ситуации, которые необходимо разрешить.

В ходе эвристической беседы преподаватель путем умело поставленных вопросов заставляет пациентов на основе имеющихся знаний, наблюдений, жизненного опыта, логических рассуждений формулировать новые понятия, выводы, правила. Учащиеся сами «делают открытия», получают новые знания, что доставляет им творческую радость и стимулирует их познавательную активность.

Учебная дискуссия. Сущность данной дискуссии заключается в том, что преподаватель излагает две различные точки зрения, относящиеся к одной и той же проблеме, и предлагает учащимся выбрать и обосновать свою позицию.

Преподаватель поддерживает дискуссию, раскрывая, уточняя аргументы спора, вводя дополнительные вопросы, поскольку задача участников дискуссии состоит не только в том, чтобы отстаивать свою точку зрения, но и опровергнуть противоположную.

Раскрытие позиций обучающихся, их правильных и ошибочных суждений дает возможность более обоснованно и убедительно утвердить в их сознании основные теоретические положения и выводы.

Для дискуссии выбирают такие вопросы, в которых наличие двух точек зрения может быть естественным. Не следует создавать искусственные ситуации, когда кто-то отстаивает заведомо ложную точку зрения, будучи убежденным в том, что она ложная.

Учебная дискуссия - организационно сложная форма работы. Она требует определенной подготовленности учащихся - умения вести обсуждение, достаточного кругозора, запаса знаний и представлений.

Поисковая лабораторная работа. По ряду учебных предметов изучению теоретического материала может предшествовать поисковая лабораторная работа по инструкции, на основании которой учащиеся сами должны сделать выводы о свойствах тех или иных веществ, взаимосвязи и зависимости между ними, способах выявления этих свойств.

За поисковой лабораторной работой следует эвристическая беседа, в ходе которой под руководством преподавателя учащиеся на основе проведенных наблюдений и экспериментов делают обобщения и теоретические выводы. Выполнение отдельными группами учащихся экспериментов с разными веществами или различными способами обогащает коллективный опыт, делает теоретические положения более обоснованными, убедительными.

Метод кейсов. Этот метод используется для формирования у пациентов профессиональных умений.

Основным дидактическим материалом служит ситуационная задача, которая включает в себя условия (описание ситуации и исходные количественные данные) и вопрос (задание), поставленный перед обучающимися.

Ситуационная задача должна содержать все необходимые данные для ее решения, а в случае их отсутствия - условия, из которых можно извлечь эти данные.

Пациенты, как правило, получают для решения, так называемые типовые задачи, т. е. характерные для отрасли, производства, где будет работать специалист, соответствующие его трудовым функциям.

Типовые производственные задачи создаются на основе анализа профессиональных функций специалистов, они сложны, комплексны.

Этим типовым задачам и должны соответствовать ситуационные учебно-производственные задачи.

Выполнение комплексной учебно-производственной задачи при изучении ряда учебных дисциплин вносит следующие важные элементы в учебный процесс:

- обеспечивает последовательный переход от овладения профессиональными знаниями к самостоятельному исполнению профессиональных функций;

- позволяет преподавателю осуществлять обратную связь не только на уровне знаний, но и на уровне умений;

- дает возможность учащимся реально понять межпредметные связи, и их значение в профессиональной деятельности.

При обучении решению ситуационных производственных задач преподаватель направляет внимание учащихся на последовательность выполнения действий:

- анализ описанной производственной ситуации;

- выявление способов (нормативов, правил, методик), которые могут быть использованы при решении задачи;

–выделение необходимых данных для решения задачи, установление их достаточности;

–выполнение действий, обусловленных вопросом (заданием).

Деловые игры. Преимущество деловых игр состоит в том, что, взяв на себя ту или иную роль, участники игры вступают во взаимоотношения друг с другом, причем интересы их могут не совпадать. В последствии создается конфликтная ситуация, сопровождающаяся естественной эмоциональной напряженностью, что создает повышенный интерес к ходу игры.

Участники могут не только показать профессиональные знания и умения, но и общую эрудированность, такие черты характера, как решительность, оперативность, коммуникативность, инициативность, активность, от которых нередко зависит исход игры.

Данная методика направлена на развитие у обучающихся умений анализировать конкретные практические ситуации и принимать решения; в ходе ее развиваются творческое мышление (способность поставить проблему, оценить ситуацию, выдвинуть возможные варианты разрешения и, проанализировав эффективность каждого, выбрать наиболее оптимальный вариант) и профессиональные умения обучающегося, деятельность которого, в результате, сдвигаются к принятию решений.

Деловая игра возникла как управленческая имитационная игра, в ходе которой участники, имитируя деятельность того или иного служебного лица, на основе анализа заданной ситуации принимают решения.

Деловая игра проводится, как правило, по специальным дисциплинам и чаще всего носит межпредметный характер.

В основе ее создания лежит анализ профессиональной деятельности специалиста, выявление типовых профессиональных задач и разработка на их основе учебно-производственной задачи.

Деловая игра обязательно содержит игровую-учебную задачу.

Игровая задача - это то, что должен сделать играющий в ходе игры, выполнить определенную профессиональную деятельность.

Учебная задача - это та цель, которую ставит преподаватель (составитель, разработчик игры), т. е. овладение знаниями, умениями.

Деловая игра эффективна тогда, когда в ней успешно решаются учебные задачи. Форма игры, игровой задачи привлекает учащихся, создает у них интерес к выполнению задания, побуждает к активному применению знаний, вовлекает в коллективные взаимоотношения.

Мозговой штурм. Метод мозгового штурма (мозговая атака, мозговой штурм, англ. brainstorming) - оперативный метод решения проблемы на основе стимулирования творческой активности, при котором участникам обсуждения предлагают высказывать возможно большее количество вариантов решения, в том числе самых фантастических. Затем из общего числа высказанных идей отбирают наиболее удачные, которые могут быть использованы на практике.

Правильно организованный мозговой штурм включает три обязательных этапа. Этапы отличаются организацией и правилами их проведения:

1. Постановка проблемы. Предварительный этап. В начале второго этапа проблема должна быть четко сформулирована. Происходит отбор участников штурма, определение ведущего и распределение прочих ролей участников в зависимости от поставленной проблемы и выбранного способа проведения штурма.

2. Генерация идей. Основной этап, от которого во многом зависит успех всего мозгового штурма. Поэтому очень важно соблюдать правила для этого этапа:

–Главное - количество идей. Не делайте никаких ограничений.

–Полный запрет на критику и любую (в том числе положительную) оценку высказываемых идей, так как оценка отвлекает от основной задачи и сбивает творческий настрой.

–Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.

–Комбинируйте и улучшайте любые идеи.

3. Группировка, отбор и оценка идей. Этот этап часто забывают, но именно он позволяет выделить наиболее ценные идеи и дать окончательный результат мозгового штурма. На этом этапе, в отличие от второго, оценка не ограничивается, а наоборот, приветствуется. Методы анализа и оценки идей могут быть очень разными.

1.5. Эффективность активных методов обучения

Активные методы, направленные на первичное овладение знаниями, способствуют развитию мышления, познавательных интересов и способностей, формированию умений и навыков самообразования, однако при их планировании следует помнить, что они требуют значительного времени. Именно поэтому невозможно перевести весь учебный процесс только на применение активных методов. Наряду с ними используются и традиционные: обычная лекция, объяснение, рассказ.

При выборе метода обучения следует прежде всего проанализировать содержание учебного материала и использовать активные методы там, где наиболее действенно могут проявиться творческое мышление учащихся, их познавательные способности, жизненный опыт, умение адаптироваться в реальной деятельности. В преподавательской деятельности часто пользуются термином «прием обучения».

Прием - это часть метода, которая усиливает, повышает его эффективность. Так, в практике обучения широко используются наглядные приемы обучения, сопровождающие лекцию, объяснение, рассказ, беседу: показ изображений на таблицах, плакатах, демонстрация моделей, натуральных объектов, конструкций. Объяснение учебного материала может сопровождаться демонстрацией опытов, слайдов; показом диа- и кинофильмов и их фрагментов, видеозаписей, телефильмов и т. п. [11]

Использование наглядных приемов не только помогает понять и лучше запомнить учебный материал, но и создает благоприятное отношение к изу-

чаемому, повышает интерес к нему. Особенно сильное эмоциональное воздействие на учащихся оказывает демонстрация видео- и кинофильмов, кинофрагментов, которые могут быть использованы и в качестве иллюстративного материала, и для создания проблемных ситуаций, на основе которых строится эвристическая беседа, учебная дискуссия.

В качестве приема, создающего эмоциональное отношение к изучаемому материалу, широко используется чтение стихотворений, отрывков из них, фрагментов литературной прозы, публицистических материалов. В обстановке возвышенных чувств усиливается внимание к теоретическому материалу, происходит приобщение обучающихся к актуальным проблемам жизни общества, придается новая окраска изучаемому содержанию, повышается его значимость в суждениях окружающих.

1.6. Методы оценки приверженности пациентов к лечению

Сегодня существуют различные методы для измерения приверженности, которые можно разделить на 2 группы: прямые и непрямые, но ни один из них не признан «золотым стандартом» (табл. 3).

Таблица 3 - Методы приверженности пациентов к лечению

Прямые	Непрямые
1.Измерение содержания лекарственных препаратов, их метаболитов или биологических маркеров крови	1.Вопросники
	2. Дневники пациентов
	3.Оценка клинического ответа
	4.Электронный мониторинг
	5.Подсчёт выданных и возвращенных таблеток

В настоящее время вопрос методологической оценки ППЛ до конца не решен. Проведение крупных научных исследований сопряжено с проблемой отсутствия единой общепризнанной методики - так называемого «золотого стандарта». Каждый из методов имеет свои недостатки и сложности в применении (табл. 4).

Таблица 4 - Сравнительная характеристика методов приверженности пациентов

Метод	Преимущества	Недостатки
Прямой вопрос	Простота	Необъективность
Счет препаратов	Относительная простота	Нет информации об истинно принятых препаратах и соблюдение режима приема
Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в крови	Доказательство приема препаратов	Техническая сложность, высокая стоимость, отсутствие данных о регулярности приема
Электронные мониторы	Информация о режиме приема	Техническая сложность, высокая стоимость, отсутствие доказательства истинного приема препаратов

Прямые методы измерения приверженности основаны на измерении концентрации препарата или его маркера в крови и моче. Несмотря на то, что данные методы являются наиболее надежными для оценки приверженности, он не пригоден при обычной клинической практике.

Прямые методы расчета ППЛ достаточно трудоемки и требуют значительных финансовых затрат на их проведение. Помимо этого, они плохо применимы в крупных клинических исследованиях с большим числом участников-пациентов. Непрямые методы расчета ППЛ также не всегда отражают реальную ситуацию, так как не позволяют достоверно контролировать выполнение пациентом врачебных рекомендаций.

К прямым методам оценки приверженности относятся исследование концентрации лекарств или их метаболитов в биологических жидкостях (в крови, слюне или моче) или определение химических маркеров, содержащихся в лекарственном препарате. В реальной клинической практике подобные методы используются крайне редко из-за их высокой стоимости, а также имеют свои недостатки в связи с техническими ограничениями на их рутинное использование. При проведении анализа биологических образцов требуется использование достаточно сложных методов популяционного моделирования и компьютерных программ для интерпретации данных.

Еще одним прямым способом оценки приверженности является процесс мониторинга приема лекарственных препаратов пациентом при не-

посредственном наблюдении со стороны медицинского персонала или обученного родственника, но данный способ имеет существенные ограничения в типичной практике лечения. [26]

К непрямым методам оценки приверженности относят электронный мониторинг, подсчет принятых/непринятых таблеток, анализ административной базы данных, анализ дневника пациента, проведение анкетирования с использованием специально разработанных опросников (диагностических шкал).

Электронный мониторинг, проводимый с помощью микропроцессора, вставленного в крышку емкости с лекарством, является одним из самых точных и наиболее часто используемых не прямых методов, который максимально приближен к «золотому стандарту».

Данные микроэлектронные устройства (MEMS) позволяют передать детальную информацию об использовании медикаментов, включающую отчет о дате и времени приема препарата. Микропроцессор также может быть встроен в ручку-инжектор для введения инсулина. Несмотря на то, что надёжность электронного мониторинга измерения приверженности лечению была доказана во многих клинических исследованиях, включая пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, высокая стоимость данного метода является существенным недостатком и ограничивает его широкое применение на большой выборке пациентов. Также следует отметить, что процессор фиксирует лишь само действие - открытие емкости с лекарственным средством, а не реальный факт его приема.

Подсчет количества использованных и не использованных таблеток требует проведения регулярных контрольных визитов пациента к врачу. Данный способ оценки приверженности также не способен предоставить абсолютно достоверную информацию, так как пациент может выбрасывать непринятые таблетки перед посещением врача. Однако данный способ признан одним из наиболее точных не прямых методов оценки ППЛ, и именно этот

способ наиболее часто используется в крупных международных клинических исследованиях.

К менее точным непрямым методам также относят анализ медицинской электронной базы данных (учет повторно выписанных рецептов, частоты посещения специалистов и проведения лечебно-диагностических мероприятий), а также «анализ дневника пациента» или первичной документации (истории болезни). По данным, взятым из аптечных отчетов об отпуске рецептурных препаратов, можно рассчитать соотношение числа дней лечения, обеспеченных ранее выданным пациенту лекарственным препаратом, к числу дней, прошедших между окончанием срока приема и получением новых упаковок медикаментов. Признаком хорошей приверженности пациента к лечению может служить ведение дневника самоконтроля с отметками о приеме препаратов.

Все вышеперечисленные не прямые способы оценки ППЛ лишь подтверждают факт получения пациентом лекарственного препарата, однако они не могут являться доказательством, что больной действительно регулярно принимал данное лекарство, соблюдая время и рекомендованные дозы препарата.

Относительная трудоемкость вышеописанных методик исследования ППЛ, их высокая стоимость и невозможность применения на большой выборке пациентов в условиях практической медицины определили необходимость создания новых способов и возможностей оценки ППЛ.

Для этой цели экспертами были разработаны и внедрены в практику различные опросники (синоним - диагностические шкалы) для пациентов, основанные на понимании особенностей течения того или иного заболевания. Подобные диагностические шкалы, так называемые «Инструменты оценки пациентами проводимого лечения» (Patient-Reported Outcomes Measures (PROMs)), позволяют всесторонне анализировать не только приверженность лечению, но и многие другие значимые аспекты оказания медицинской помощи, включая качество жизни, удовлетворенность лечением. Ре-

зультаты исследований используются для совершенствования системы здравоохранения.

Диагностические шкалы разрабатываются на основе теории тестирования. Затем в ходе исследований определяются их психометрические и клинико-метрические свойства, к которым относят:

- валидность (от англ. validity - достоверность, происходит от лат. validus - сильный) - означает соответствие проведенного измерения запланированному, т. е. валидность показывает, в какой степени шкала измеряет именно то, для измерения чего она создавалась; применительно к исследованиям, посвященным диагностике и лечению, результат можно считать достоверным, если он не подвержен влиянию систематических ошибок;

- надежность (от англ. reliability) - определяет воспроизводимость результатов тестирования, их точность и определяется как вероятность того, что при повторных измерениях будет получен тот же результат при условии равенства других параметров;

- чувствительность (от англ. - responsiveness) - способность отражать происходящие изменения, погрешность результата измерения - отклонение результата измерения от истинного (действительного) значения измеряемой величины;

- минимальное клинически значимое различие - наименьшая разница в значениях по шкале качества жизни, которая воспринимается пациентом как существенная и которая может повлиять на программу лечения пациента.

[16]

Также для оценки приверженности лечению проводится прямое и не-прямое анкетирование пациентов, с применением неспецифических (универсальных), соответствующих различным заболеваниям, и специфических опросников, разработанных для определённых заболеваний. При прямом анкетировании исследователь, объяснив правила заполнения анкеты, присутствует при ее заполнении, поясняя возникшие у пациентов вопросы.

Прямое анкетирование позволяет получить от респондентов большое количество информации с высокой степенью достоверности в рамках любых как внутренних, так и внешних исследований. Несомненными преимуществами прямого метода является возможность разъяснения больным непонятных вопросов и полный возврат анкет.

Почтовое анкетирование предполагает рассылку анкет по почте, факсу или электронной почте. Используется при проведении внешних исследований (фундаментальные научные исследования на региональной выборке). К издержкам данного метода относится отсутствие контроля за заполнением анкет и низкий процент возврата, а его преимуществами являются низкая стоимость, дополнительные возможности в построении выборки, возможность проведения региональных опросов в большой по численности выборке пациентов.

Низкая приверженность является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение. [21]

Таким образом, изучение различных аспектов проводимого лечения с позиции самого пациента и последующее практическое применение полученных результатов исследований для каждого конкретного заболевания определяют перечень достоверных диагностических шкал, которые наилучшим образом проявили себя в исследованиях на популяционном уровне.

2. ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ СО «СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»

2.1. История создания и краткая характеристика ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1»

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СОКБ № 1 г. Екатеринбурга. «Свердловская областная клиническая больница № 1» - крупнейшее учреждение Уральского региона, оказывающее высокотехнологическую медицинскую помощь населению Свердловской области. Это областной центр консультативной, диагностической и лечебной помощи: ежегодно более 260 000 посещений в поликлинике, более 35 000 пролеченных в стационаре, более 26 000 оперированных больных.

На базе больницы располагаются 16 кафедр Уральского государственного медицинского университета, функционируют более 12 областных специализированных центров. В больнице трудится более 2000 сотрудников, из них 531 врач, 886 средних медицинских работников. Более 66% сотрудников имеют высшие категории.

Ежегодно в больнице внедряется более 100 новых лечебных и диагностических методик. Активно развивается и совершенствуется телемедицина.

Цель ГБУЗ СО «СОКБ №1»: Оказание высокотехнологичной специализированной медицинской помощи населению Свердловской области и исполнение основных направлений развития, заданных федеральными и областными программами.

Задачи ГБУЗ СО «СОКБ №1»:

1. Формирование пациентоориентированности в амбулаторно-поликлиническом звене (КДП).
2. Оптимизация структуры и коечной сети ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

3. Повышение эффективности и рационального расходования средств при осуществлении финансово-хозяйственной деятельности.

4. Обеспечение реализации «дорожной карты» по заработной плате всех категорий медицинских работников.

5. Организационно-методическая работа с медицинскими учреждениями Свердловской области по доработке маршрутизации на основе принципов организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

6. Участие в выполнении Областной программы «Здоровье Уральцев», подпрограммах «Реализация комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Урологическое здоровье мужчин».

7. Внутренний контроль качества медицинской помощи в ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

8. Развитие информационных технологий.

9. Сохранение и увеличение доли высокотехнологичной, специализированной медицинской помощи.

10. Строительство оперблока.

Консультативно-диагностическая поликлиника СОКБ №1 - одна из самых крупных поликлиник многопрофильных больниц Свердловской области.

Приоритетная задача - оказание доступной бесплатной высококвалифицированной специализированной медицинской помощи жителям Свердловской области.

Ежегодно число посещений в поликлинику составляет порядка 280 000, около 1200 очных консультаций в день и около 20 телемедицинских консультаций в день.

Специализированная высококвалифицированная консультативно-диагностическая медицинская помощь, оказываемая по 23 специальностям 84 врачами поликлиники, из которых 70% имеют категории (высшая и первая). Прием ведется в 2 смены.

Структура ГБУЗ «СОКБ № 1» представлена на схеме в Приложении 1. Для СОКБ № 1 характерна дивизиональная структура управления, когда организация представляет собой совокупность самостоятельных пространственно отделенных друг от друга корпусов, где отдельные специалисты в зависимости от выполняемых функций разрабатывают программы работы подразделений, которые согласовываются и утверждаются линейным руководителем. В каждом из корпусов больницы присутствует линейно-функциональная структура управления.

Каждое структурное подразделение получает указание и распоряжения не только от руководителей учреждения, подразделения (главного врача, заведующего отделением), но и от руководителей функциональных служб (заместителя главного врача по сестринскому персоналу, по клинической экспертной работе и т.д.).

В заключении о структуре данного лечебного учреждения установлено, что основным преимуществом данной структуры, является то что уровень специализации управленческой деятельности в одной конкретной сфере достаточно высок, что обеспечивает качество и оперативность принимаемых решений, и охват практически всех сфер управления.

Преимуществом дивизиональной структуры управления для данного учреждения являются:

- Она обеспечивает управлением многопрофильными больницами с общей численностью сотрудников порядка десятков тысяч и территориально удаленными подразделениями;
- Обеспечивает большую гибкость и более быструю реакцию на изменения в окружении медицинского учреждения по сравнению с линейно-штабной;
- Более тесная связь с потребителями (пациентами);
- Каждый дивизион получает собственные конкурентные преимущества;
- Четкое разграничение ответственности;

- Высокая самостоятельность структурных подразделений.

Недостатками дивизиональной структуры управления для данного учреждения являются:

- Разобщенность штабных структур отделений от штабов руководства;
- Дублирование функции на разных «этажах» и как следствие - очень высокие затраты на содержание управленческой структуры;
- Сложная координация;
- Усложняется вертикаль управления организации в целом;
- Возникает двойное подчинение, и учащаются конфликты;
- Повышается сложность управления, что ведет к затруднениям в подборе дивизионального руководителя, который должен иметь организаторские способности;

2.2. Материалы и методы исследования

В данной работе применены следующие методы научных исследований:

- социологический;
- аналитический;
- наблюдения;
- сравнения.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СОКБ № 1 г. Екатеринбурга.

В данный фрагмент исследования включались пациенты отделений «Свердловской областной клинической больницы №1».

Для достижения поставленных задач была разработана анкета по оценке приверженности лечению.

В качестве сравнения были выбраны 2 отделения ГБУЗ СО СОКБ №1: Плановое кардиологическое и нефрологическое отделения.

В анкетировании приняло участие 30 человек.

В исследовании использовался тест Мориски - Грина (валидированного теста, состоящего из 4 вопросов, оценивающих приверженность к лечению).

Наряду с этим тестом были разработаны дополнительные вопросы, касающиеся демографических сведений, демографических сведений (пол, возраст) (рис 1.), социально-экономических данных (уровень образования), наличие факторов риска, информированность о них, значение своего заболевания, готовность принимать лекарственные препараты, мотивированность на продолжительность лечения и т.д.

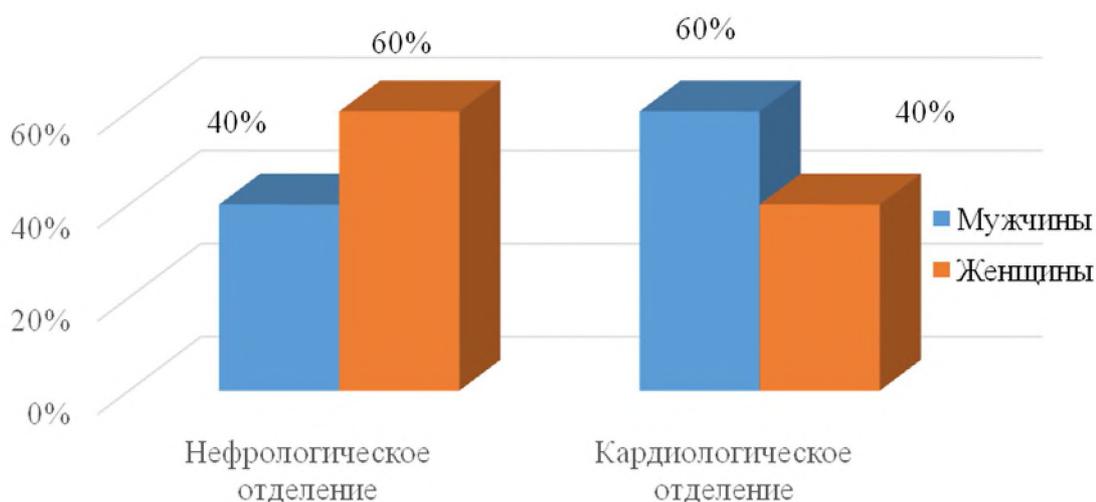


Рисунок 1 – Анализ респондентов с позиции гендерной принадлежности

В исследовании приняли участие 15 человек из нефрологического отделения – 6 мужчин, что составляет 40%, и 9 женщин, что составило 60% от общего числа респондентов данного отделения. Также в данном исследовании приняли участие 15 человек из кардиологического отделения – 9 (60%) 6 женщин, что составило 40% от общего числа респондентов данного отделения.

Из этого следует, что в кардиологическом отделении мужчины проявили наибольший интерес к заполнению анкеты, чем мужчины из нефрологического отделения. Наибольший интерес к заполнению анкеты показали женщины из нефрологического отделения, чем женщины из кардиологического отделения.

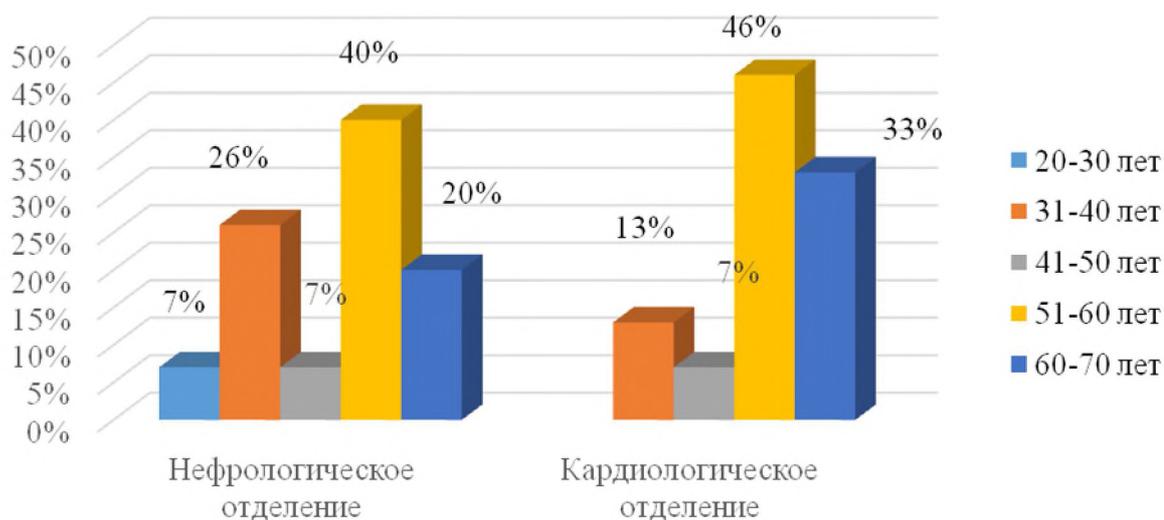


Рисунок 2 – Анализ респондентов по возрасту

Данные диаграммы на рисунке 2 показывают, что респондентов нефрологического отделения в возрасте 20-30 лет всего 1 мужчина, что составило 7%. На возраст респондентов нефрологического отделения 31-40 лет приходится 4 человека, что составило 26%, из которых количество мужчин составило 2 человека (13%), и количество женщин составило 2 человека (13%). На возраст респондентов нефрологического отделения 41- 50 лет приходится всего 1 мужчина, что составило 7 %. Основной возраст респондентов нефрологического отделения приходится на 51-60 лет который составляет 6 человек (40%), из которых количество мужчин составило 3 человека (20%), и количество женщин составило 3 человека (20%). На возраст респондентов нефрологического отделения 61-70 лет приходится 3 женщины, что составило 20%.

По результатам опрошенных пациентов кардиологического отделения респондентов в возрасте 31-40 лет приходится 2 человека, что составило 13%, из которых количество мужчин составило 1 человек (7%), и количество женщин составило 1 человек (7%). На возраст респондентов кардиологического отделения 41- 50 лет приходится всего 1 женщина, что составило 7 %.

Основной возраст респондентов кардиологического отделения приходится на 51-60 лет который составляет 7 человек (46%), из которых количе-

ство мужчин составило 5 человек (33%), и количество женщин составило 2 человека (13%).

На возраст респондентов кардиологического отделения 61-70 лет приходится 5 женщины, что составило 33%, из которых количество мужчин составило 3 человек (20%), и количество женщин составило 2 человека (13%). (рис. 2).

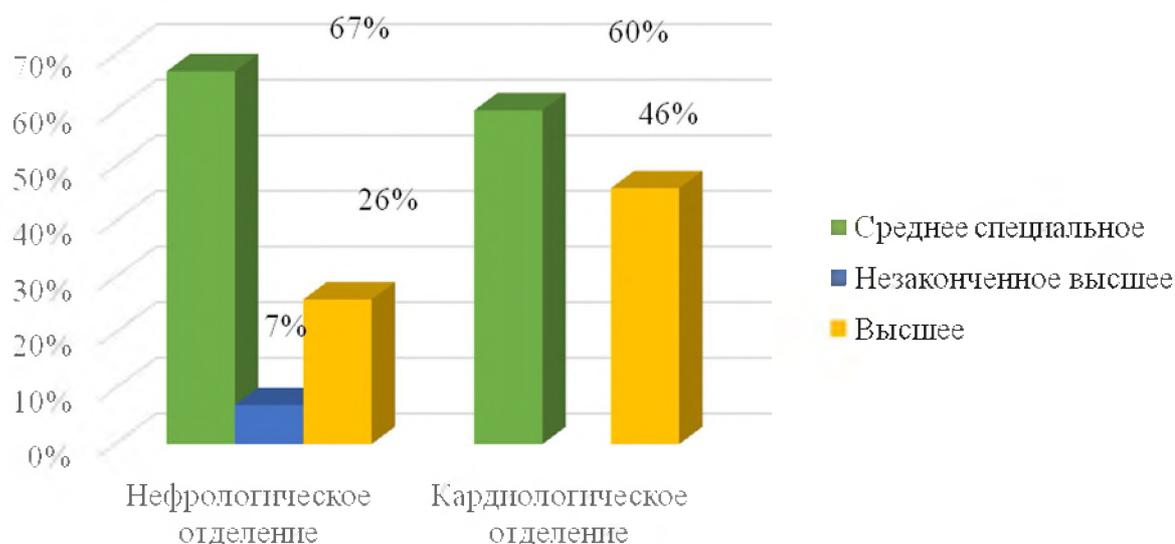


Рисунок 3 – Анализ респондентов по уровню образования

По данным диаграммы рисунка 3 следует, что число респондентов нефрологического отделения, имеющие среднее специальное образование всего 10 человек, что составило 67%, из которых количество мужчин составило 4 человека (26%), а количество женщин составило 6 человек (40%). Из всех респондентов нефрологического отделения только 1 человек имеет незаконченное высшее образование, что составило 7%. Количество респондентов нефрологического отделения, имеющие высшее образование всего 4 человека, что составляет 26%.

По результатам анкетирования респондентов из кардиологического отделения имеющие среднее специальное образование всего 9 человек, что составило 60%, из которых количество мужчин составило 6 человек (40%), а количество женщин составило 3 человека (20%). Количество респондентов нефрологического отделения, имеющие высшее образование всего 7 человек,

что составляет 47%, из которых количество мужчин составило 4 человека (27%), а количество женщин составило 3 человека (20%).

Анализ данных диаграммы следует, что большая часть респондентов нефрологического и кардиологического отделений имеет среднее специальное образование.

2.3. Результаты исследования с помощью теста Мориски–Грина

Для оценки приверженности к лекарственной терапии использовался опросник Мориски-Грина. Тест Мориски-Грина является валидированным опросником, содержащий 4 вопроса, позволяющий оценить регулярность приема медикаментов, правильность выполнения назначений врача и позволяющий дать количественную оценку приверженности к лечению:

- 1) Забывали ли Вы когда - либо принять препараты?
- 2) Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?
- 3) Не пропускаете ли прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
- 4) Если чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? [10]

Тест также дает представление о причинах низкой приверженности больных к лечению. В опроснике приняли участие 30 человек.

Был проведен анализ 4 бальной системы ответов пациентов по тесту Мориски-Грина нефрологического и кардиологического отделений в таблице 5.

Таблица 5 – Результаты ответов пациентов на вопросы теста Мориски–Грина

Отделение	Привержены к лечению (0 баллов)		Недостаточно привержены к лечению (1 балл)		Не привержены к лечению (2 балла и более)		Средний балл
	абс., чел.	отн., %	абс., чел.	отн., %	абс., чел.	отн., %	
Нефрологическое	2	7	1	3	12	40	3,4
Кардиологическое	1	3	6	20	8	27	2,7
Всего	3	10	6	23	20	67	

По данным теста Мориски - Грина приверженных к лечению (0 баллов) были всего 3 человека (10%) из 30 опрошенных пациентов, недостаточно приверженных (1 балл) - 7 (23%) опрошенных, не приверженных к лечению (2 и более) - 20 опрошенных (67%).

Этот факт свидетельствует о крайне низкой приверженности присутствующих к назначениям и рекомендациям лечащего врача.

Пациенты, приверженные и не приверженные лекарственной терапии, были сопоставимы по основным клинико-демографическим признакам в таблице 6.

Таблица 6 – Сравнение данных пациентов, приверженных и не приверженных лекарственной терапии, по основным клиническим характеристикам

Название показателя	Привержены к лечению		Недостаточно привержены к лечению		Не привержены к лечению	
	абс., чел.	отн., %	абс., чел.	отн., %	абс., чел.	отн., %
Женщины	3	10	3	10	9	30
Мужчины	-	-	4	13	11	37
Возраст	50±10 лет		30±10 лет		60±10 лет	

Из всех опрошенных респондентов только 3 женщины наиболее привержены к лекарственной терапии, что составило всего 10%. Среди респондентов, недостаточно приверженных к лекарственной терапии выявлены 3 женщины (10%) и 4 мужчин (13%). Наибольшее число респондентов недостаточно приверженных к лекарственной терапии составили 9 женщин (30%) и 11 мужчин (37%).

Анализ приверженности пациентов к лекарственной терапии с учетом возраста показал, что наиболее приверженными к лечению являются лица в возрасте 50±10 лет, возраст пациентов недостаточно приверженных к лекарственной терапии составил 30±10 лет, а возраст пациентов не приверженных к лекарственной терапии наблюдался старше 60 лет.

Ниже проанализированы причины нерегулярного приема лекарственных препаратов (рис.4).

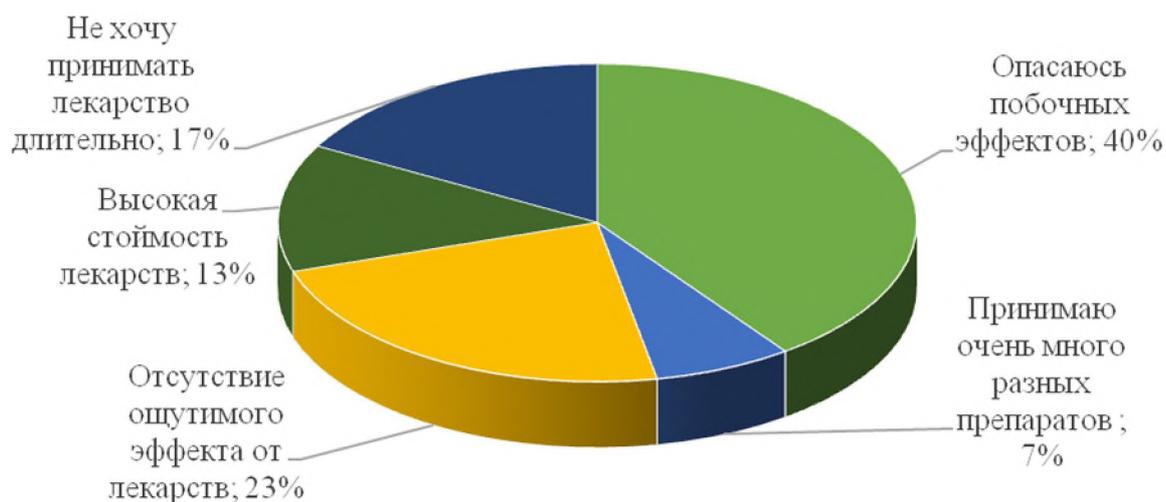


Рисунок 4 – Анализ причин нерегулярного приема препаратов

Установлено, что основной причиной несоблюдения лекарственной терапии является опасение побочными эффектами лекарственных препаратов, приносящими вред здоровью при длительном приеме (40%). Не менее важной причиной, по мнению пациентов, является отсутствие ощутимого эффекта от лекарственной терапии (20%). Также причиной несоблюдения лекарственной терапии является нежелание длительно принимать лекарства (17%), высокая стоимость рекомендованных лекарственных препаратов (13%), и прием большого количества назначенных препаратов (7%).

2.4. Анализ приверженности пациентов к здоровому образу жизни

В основе профилактики и лечения заболеваний лежит не только приверженность к соблюдению рекомендации врача, но и соблюдение принципов здорового образа жизни. Для оценивания приверженности к здоровому образу жизни была составлена анкета. (прил.1)

Анкета включает вопросы по наличию факторов риска (курение, употребление алкоголя, уровень физической активности) и вопросы по выявлению основных факторов, снижающих приверженность к лечению. Разработанный опросник позволил определить, насколько пациент регулярно посе-

щал лечащего врача, какие рекомендации получал при визитах к врачу (изменение образа жизни, лекарственная терапия и др.) и насколько придерживался этим рекомендациям.

2.4.1. Анализ приверженности пациентов нефрологического отделения к здоровому образу жизни.

Проанализировав результаты анкетирования о факторах риска развития патологических заболеваний были рассмотрены наиболее важные вопросы о приверженности пациентов к лечению.

В анкетировании из нефрологического отделения приняли участие 15 человек.

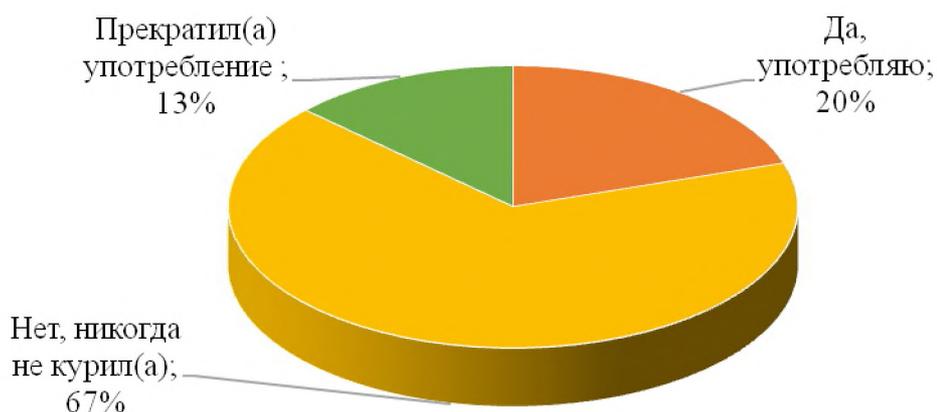


Рисунок 5 – Отношение респондентов к курению

Исходя из полученных ответов по отношению к курению следует, что из всего числа респондентов количество пациентов, которых никогда не злоупотребляли курением составило 10 человек (67%), а количество тех респондентов, кто отказался от курения по рекомендации врача составило 2 человека (13 %). Но количество респондентов, которые не соблюдают рекомендациям врачей составило 3 человека (20%). (рис.5)

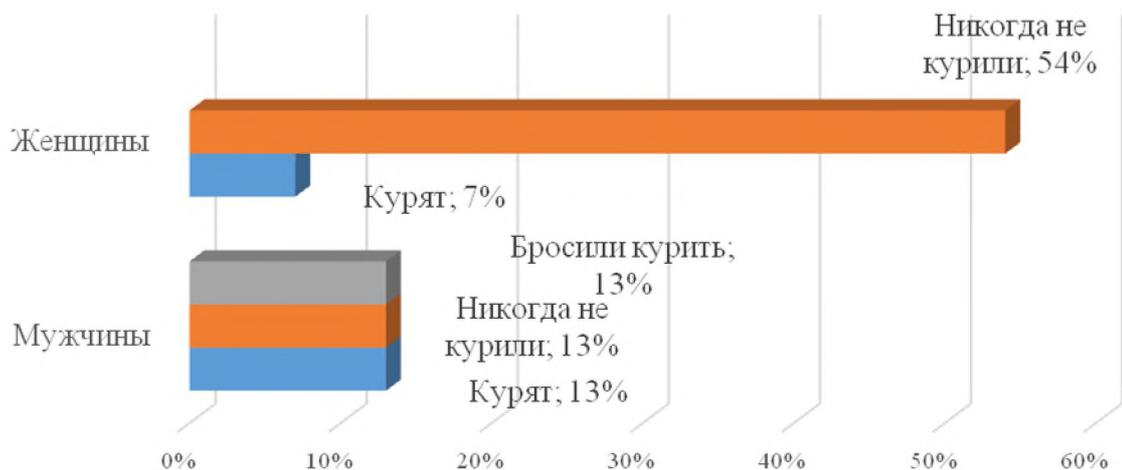


Рисунок 6 – Отношение респондентов к курению по гендерной принадлежности

Из общего количества респондентов по отношению к курению число женщин, давших ответ «Да» составило всего 1 человек (7%). Число женщин, давших ответ «Нет, никогда не курила» составило 10 человек (67%). Число женщин, давших ответ «Бросила курить» составило 2 человека (13%).

Также, из общего количества респондентов по отношению к курению число мужчин, давших ответ «Да» составило всего 2 человека (13%). Число женщин, давших ответ «Нет, никогда не курил» составило 2 человек (13%).

Число женщин, давших ответ «Бросила курить» составило 2 человека (13%). (рис.6)

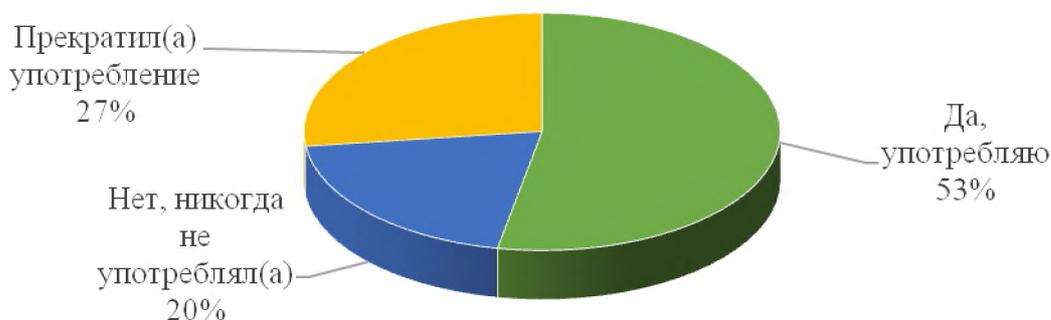


Рисунок 7 – Отношение респондентов к алкоголю

Исходя из полученных ответов по отношению к алкоголю следует, что из всего числа респондентов количество пациентов, которых никогда не зло-

употребляли алкоголем составило 3 человек (20%), а количество тех респондентов, кто отказался от употребления алкоголя по рекомендации врача составило 4 человека (27%). Но количество респондентов, которые не соблюдают рекомендациям врачей составило 8 человека (53%). (рис.7)

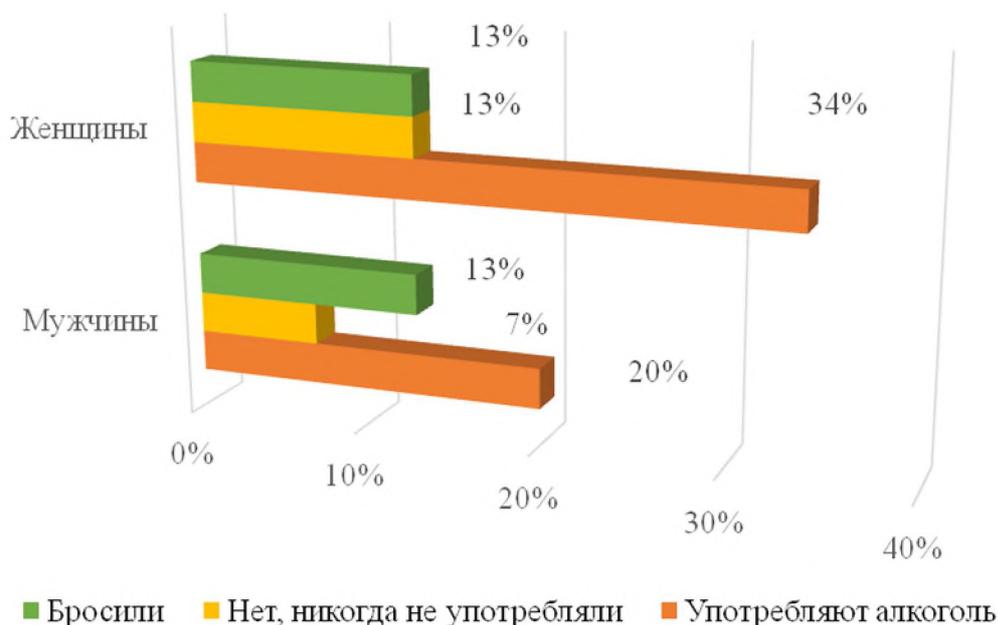


Рисунок 8 – Отношение респондентов к алкоголю по гендерной принадлежности

Из общего количества респондентов по отношению к алкоголю число женщин, давших ответ «Да» составило всего 1 человек (7%). Число женщин, давших ответ «Нет, никогда не курила» составило 10 человек (67%). Число женщин, давших ответ «Бросила курить» составило 2 человека (13%).

Также, из общего количества респондентов по отношению к алкоголю число мужчин, давших ответ «Да» составило 3 человека (20%). Число мужчин, давших ответ «Нет, никогда не употреблял алкоголь» составило всего 1 человек (7%). Число мужчин, давших ответ «Бросил употреблять алкоголь» составило 2 человека (13%) (рис.8).

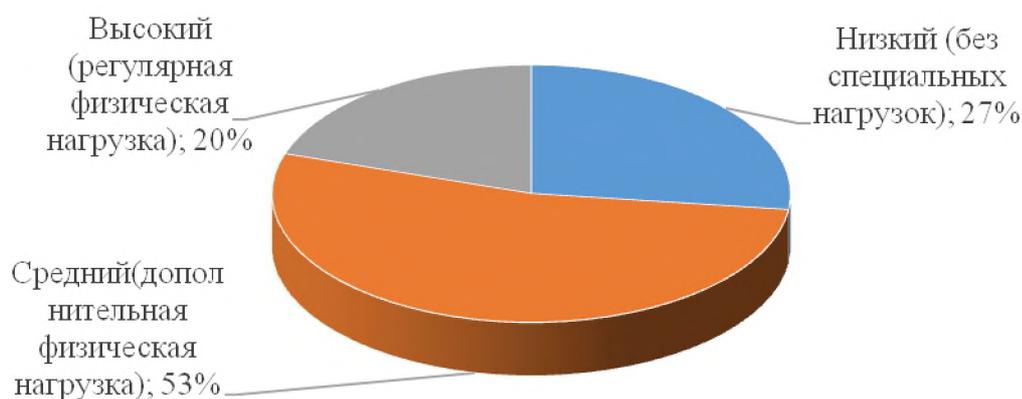


Рисунок 9 – Отношение респондентов к физическим нагрузкам

До проведения занятия выяснилось, респондентов имеющие низкий уровень физической активности (физическая активность повседневной жизни, без специальной нагрузки) приходится 8 человек, что составило 54%, из которых количество мужчин составило 4 человека (27%), и количество женщин составило 4 человека (27%).

Количество респондентов нефрологического отделения выбравшие средний уровень физической активности (дополнительная физическая нагрузка: пешие прогулки, утренняя зарядка и т.д.) составило 4 человека (27%) из которых количество мужчин составило всего 1 человек (7%), и количество женщин составило 3 человека (20%).

Количество респондентов нефрологического отделения выбравшие высокий уровень физической активности (регулярная - не реже 2 раза в неделю - дополнительная физическая нагрузка средней и высокой интенсивности: посещение фитнес-центров, бассейна, занятие спортом, в том числе профессиональное, длительные пешие, велосипедные, лыжные походы и т.д.) выбрали 3 человека (20%), из которых количество мужчин составило всего 1 человек (7%), а количество женщин составило 2 человека (13%) (рис.9).

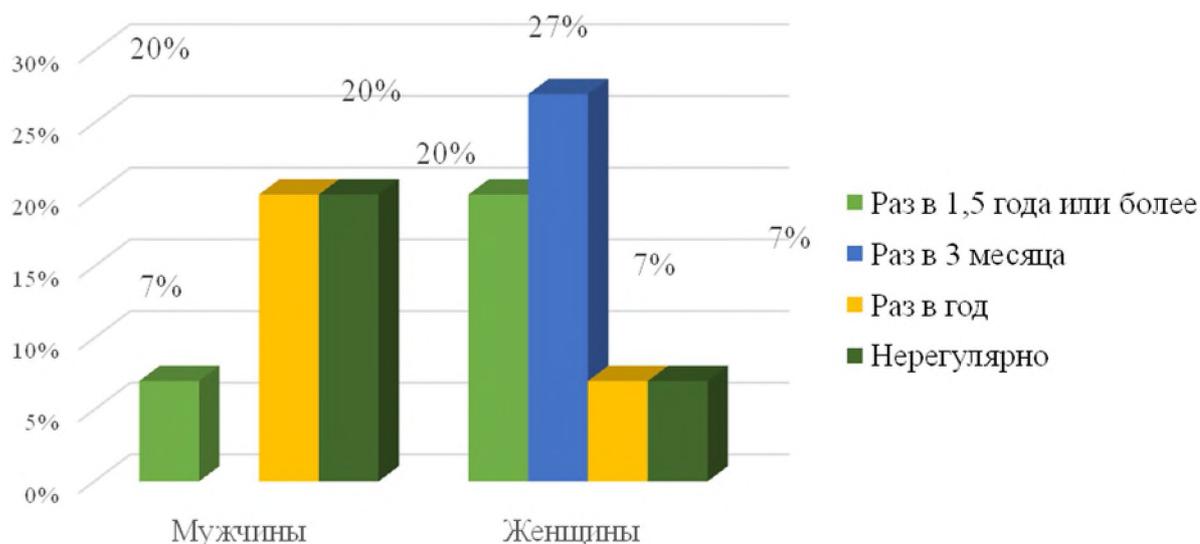


Рисунок 10 – Анализ посещаемости пациентами нефрологического отделения лечащего врача

Анализ посещения пациентами своего лечащего врача показывает, что, количество респондентов, посещающих врача 1 раз в 1,5 года и более приходится 4 человека, что составило 27%, из которых количество мужчин составило всего 1 человек (7%), а количество женщин составило 3 человека (27%).

Количество респондентов, посещающих врача 1 раз в год приходится всего 3 человека, что составило 20%, из которых количество мужчин составило 2 человека (13%), а количество женщин составило 1 человек (7%).

Количество респондентов, посещающих врача 1 раз в 3 месяца приходится всего 4 женщины, что составило 27%.

Количество респондентов, посещающих врача нерегулярно (обычно при возникновении каких-либо вопросов, проблем, связанных с заболеванием) приходится 4 человека, что составило 27%, из которых количество мужчин составило 3 человека (20%), а количество женщин составило 1 человек (7%) (рис.10).

2.4.2. Анализ приверженности пациентов кардиологического отделения к здоровому образу жизни

В анкетировании из кардиологического отделения приняли участие 15 человек.

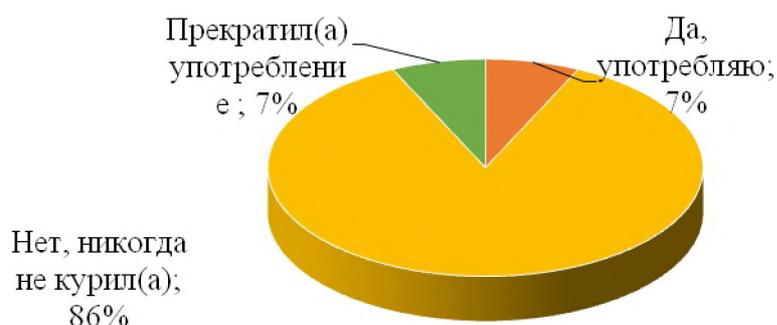


Рисунок 11 – Отношение респондентов к курению

Исходя из полученных ответов по отношению к курению следует, что из всего числа респондентов количество пациентов, которых никогда не злоупотребляли курением составило 13 человек (86%), а количество тех респондентов, кто отказался от курения по рекомендации врача составило всего 1 человек (7%). Количество респондентов, которые не соблюдают рекомендациям врачей также составило всего 1 человек (7%). (рис.11)

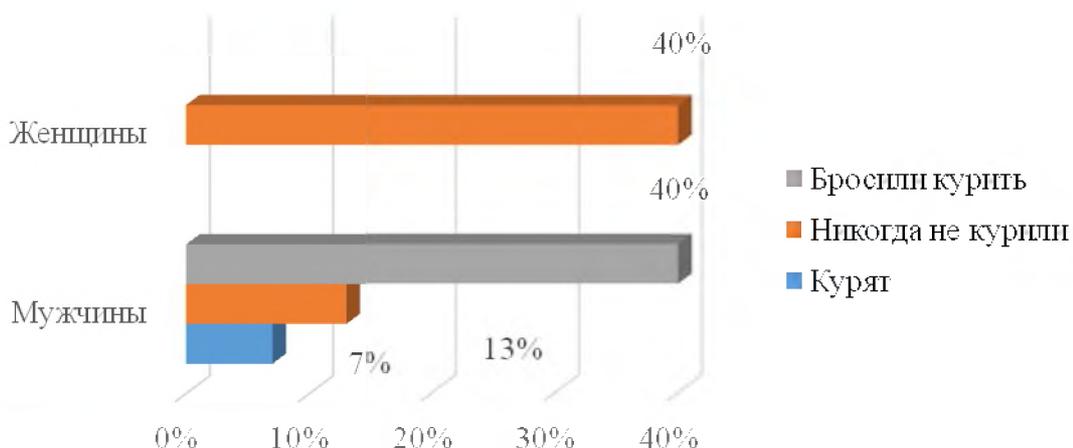


Рисунок 12 – Отношение респондентов к курению по гендерной принадлежности

Из общего количества респондентов по отношению к курению все женщины ответили «Нет, никогда не курила», что составило 6 человек (40%). Также, из общего количества респондентов по отношению к курению число мужчин, давших ответ «Да» составило всего 1 человека (7%). Число женщин, давших ответ «Нет, никогда не курила» составило 2 человек (13%). Число мужчин, давших ответ «Бросил курить» составило всего 7 человека (46%). (рис.12)

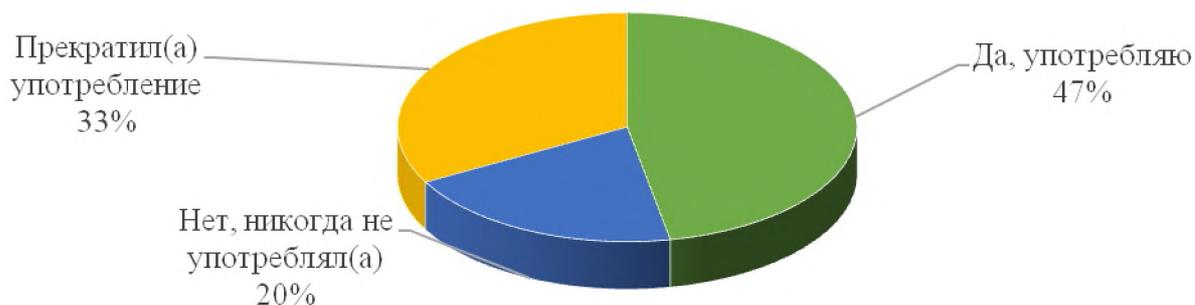


Рисунок 13 – Отношение респондентов к алкоголю

Исходя из полученных ответов по отношению к алкоголю следует, что из всего числа респондентов количество пациентов, которых никогда не злоупотребляли алкоголем составило 3 человек (20%), а количество тех респондентов, кто отказался от употребления алкоголя по рекомендации врача составило 5 человек (33%). Но количество респондентов, которые не соблюдают рекомендациям врачей составило 7 человек (47%). (рис.13)

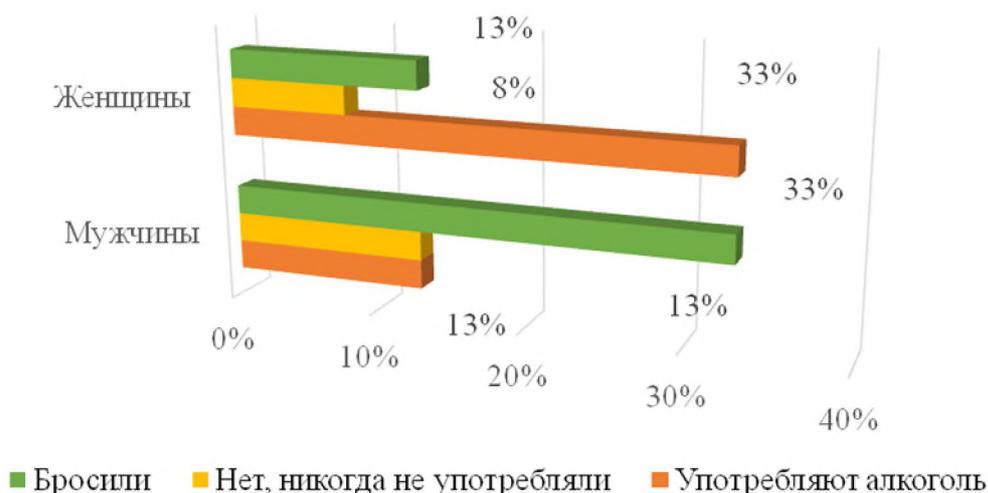


Рисунок 14 – Отношение респондентов к алкоголю по гендерной принадлежности

Из общего количества респондентов по отношению к алкоголю число женщин, давших ответ «Да» составило всего 5 человек (33%). Число женщин, давших ответ «Нет, никогда не употребляла алкоголь» составило 1 человек (8%). Число женщин, давших ответ «Бросила употреблять алкоголь» составило 2 человека (13%).

Также, из общего количества респондентов по отношению к алкоголю число мужчин, давших ответ «Да» составило 2 человека (13%). Число мужчин, давших ответ «Нет, никогда не употреблял алкоголь» составило 2 человека (13%). Число мужчин, давших ответ «Бросил употреблять алкоголь» составило 5 человек (33%). (рис.14)

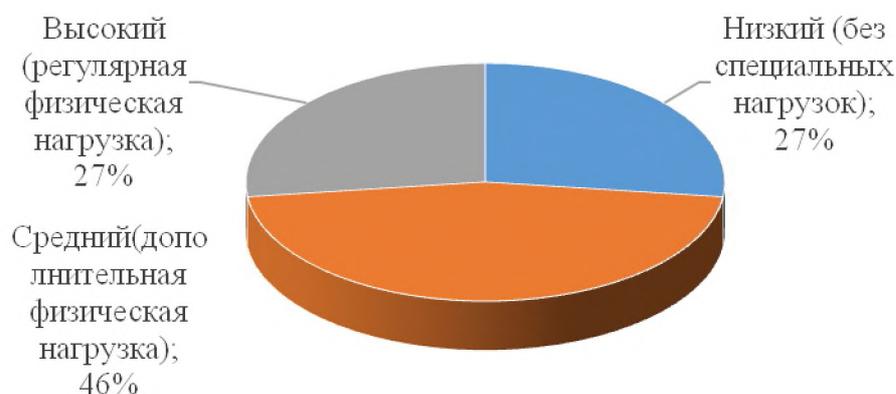


Рисунок 15 – Отношение респондентов к физическим нагрузкам

До проведения занятий выяснилось, что число респондентов имеющие низкий уровень физической активности (физическая активность повседневной жизни, без специальной нагрузки) - 4 человека, что составило 27%, из которых количество мужчин составило 3 человека (20%), и количество женщин составило 1 человека (7%).

Количество респондентов, выбравшие средний уровень физической активности (дополнительная физическая нагрузка: пешие прогулки, утренняя зарядка и т.д.) составило 7 человека (46%) из которых количество мужчин составило всего 3 человек (20%), и количество женщин составило 4 человека (27%).

Количество респондентов, выбравшие высокий уровень физической активности (регулярная - не реже 2 раза в неделю - дополнительная физическая нагрузка средней и высокой интенсивности: посещение фитнес-центров, бассейна, занятие спортом, в том числе профессиональное, длительные пешие, велосипедные, лыжные походы и т.д.) выбрали 4 человека (27%), из которых количество мужчин составило всего 3 человек (20%), а количество женщин составило всего 1 человек (7%) (рис.15).

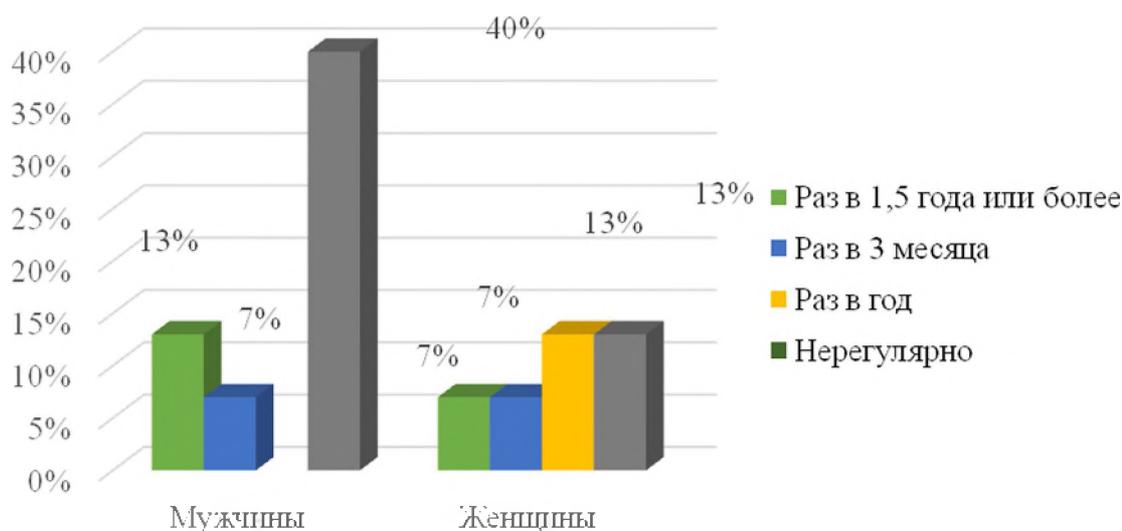


Рисунок 16 – Анализ посещаемости пациентами кардиологического отделения лечащего врача

Анализ посещения пациентами своего лечащего врача показывает, что, количество респондентов, посещающих врача 1 раз в 1,5 года и более приходится 3 человека, что составило 20%, из которых количество мужчин составило 2 человека (13%), и количество женщин составило всего 1 человек (7%).

Количество респондентов, посещающих врача 1 раз в год приходится всего 2 женщины, что составило 13%.

Количество респондентов, посещающих врача 1 раз в 3 месяца приходится всего 2 человека, что составило 13%, из которых количество мужчин составило 1 человек (7%), и количество женщин составило 1 человек (7%).

Количество респондентов, посещающих врача нерегулярно (обычно при возникновении каких-либо вопросов, проблем, связанных с заболеванием)

ем) приходится 8 человек, что составило 53%, из которых количество мужчин составило 6 человек (40%), и количество женщин составило 2 человек (13%) (рис.16).

2.5.Проведение занятий с пациентами

Цель проведения занятий - улучшение приверженности пациентов к лечению заболеваний:

- Повышение информированности пациентов о заболевании и факторах риска;
- Обучение методам диагностики и коррекции факторов риска развития и прогрессирования различных патологий, таких как артериальная гипертензия, гипергликемия, гиперхолестеринемия и др.
- Повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- Формирования активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к лечению и выполнения рекомендаций врача;
- Формирование у пациентов умения и навыков по контролю за состоянием своего здоровья, оказания первой помощи в случае кризов;
- Формирование у пациентов необходимых навыков здорового образа жизни (рациональное питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек);

Ожидаемый результат:

Окончив обучение, пациенты должны знать:

- Причины и симптомы повышения АД.
- Факторы, определяющие риск развития осложнений.
- Основы самостоятельного контроля артериального давления, подхода к медикаментозному и немедикаментозному лечению.
- Основы контроля показателей крови (глюкоза, холестерин и др.)
- Средства помощи при повышении артериального давления.
- Основы здорового питания

- Влияние поведенческих факторов на здоровье.

Окончив обучение, пациенты должны уметь:

- Вести дневник самоконтроля пациента
- Контролировать факторы, влияющие на течение заболевания (вес тела, индекса массы тела, водного баланса, стресса и др.)

Форма: Открытая группа пациентов.

Количество участников - 30. Возраст от 20 до 70 лет.

Регулярность и продолжительность программы:

Количество занятий- 5

Длительность занятия- 1,5 часа

Таблица 7 – Учебный план *Занятия 1 на тему: Что такое приверженность к лечению? Немедикаментозные методы профилактики хронических заболеваний*

<i>Этап</i>	<i>Содержание этапа</i>	<i>Время</i>	<i>Приемы обучения</i>	<i>Примечание (оснащение, условия проведения)</i>
I Вводный	Приветствие Знакомство Анкетирование на предмет начального уровня знаний	7 мин.	Беседа Анкета	достат. кол-во
II Основной (теоретическая часть)	1.1. Понятие приверженности к лечению. Факторы, влияющие на приверженность к лечению. 1.2. Методы улучшения приверженности пациентов к медикаментозному и немедикаментозному лечению (к здоровому образу жизни).	30 мин.	Лекция Презентация	Проектор, экран, (затемненное помещение)
	<i>Перерыв</i>	15 мин.		
	2.1. Основные принципы правильного питания. 2.2. Подбор диеты для конкретного заболевания. 2.3. Правила ведения дневника питания.	30 мин.	Лекция Презентация Брошюра	Проектор, экран, (затемненное помещение) Достаточное количество
III Заключительный	Подведение итогов занятия Проверка знаний Вопросы-ответы Краткий обзор следующего занятия (домашнее задание)	8 мин.	Тестирование Беседа Сообщение	достат. кол-во

2.6. Анализ приверженности пациентов после проведения занятия

До проведения занятия только 3 человека (10%) из общего числа респондентов полностью проинформированы о своем заболевании (возможные осложнения, причины их развития, необходимые лекарства, режим их приема, уровня показателей (уровень АД, холестерина, сахара в крови и т.д.).

Число респондентов, частично проинформированных о своем заболевании всего 9 человек (30%). Число респондентов, которые ничего не знали о своем заболевании всего 18 человек (60%).

После проведения занятия из общего числа респондентов 27 человек (90%) полностью проинформированы о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний почечной патологии. То есть процент информированности пациентов по данной теме увеличился в 9 раз. Число респондентов, частично проинформированных о факторах риска развития патологий всего 3 человека (10%). (рис. 17)

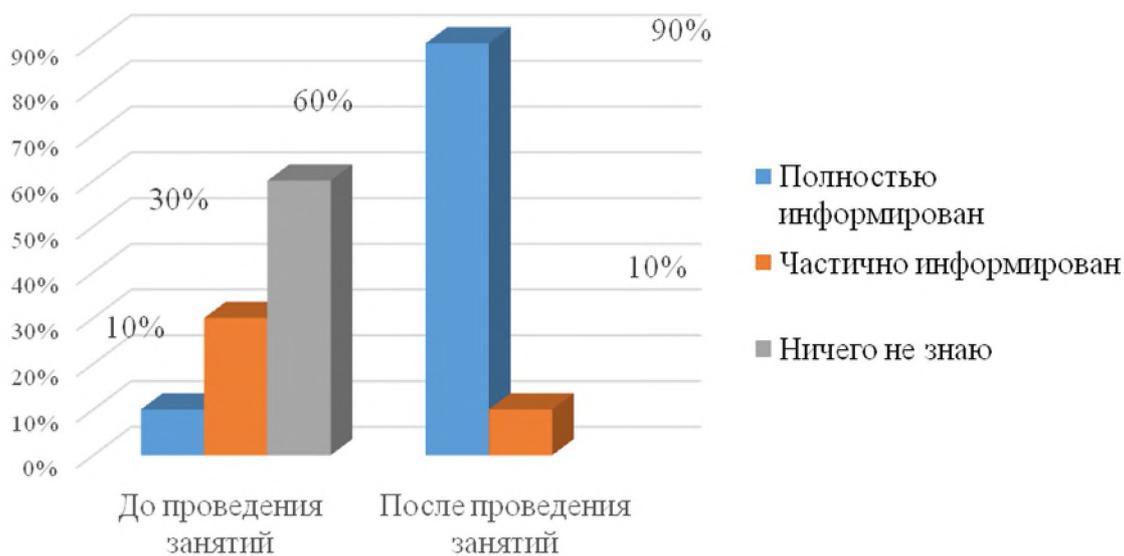


Рисунок 17 – Информированность пациентов о своем заболевании

Также, до проведения занятия мнения респондентов о том, может ли следование рекомендациям (касательно образа жизни, питания, приема лекарственных препаратов) может улучшить прогноз заболевания сложились таким

образом, что 22 человека (73%) из общего числа респондентов дали ответ «Нет, вряд ли следования рекомендациям может мне помочь».

Число респондентов, которые ответили «Я надеюсь, однако не уверен(а)» всего 4 человека (13%).

Число респондентов, которые ответили «Да, я уверен, что могу влиять на прогноз моего заболевания» всего 18 человек (60%).

Число респондентов, которые ответили «Я не думаю об этом» всего 3 человека (10%).

После проведения занятия из общего числа респондентов 28 человек (93%) ответили «Да, я уверен, что могу влиять на прогноз моего заболевания».

Число респондентов, которые ответили «Я надеюсь, однако не уверен(а)» всего 2 человека (7%). (рис.18)

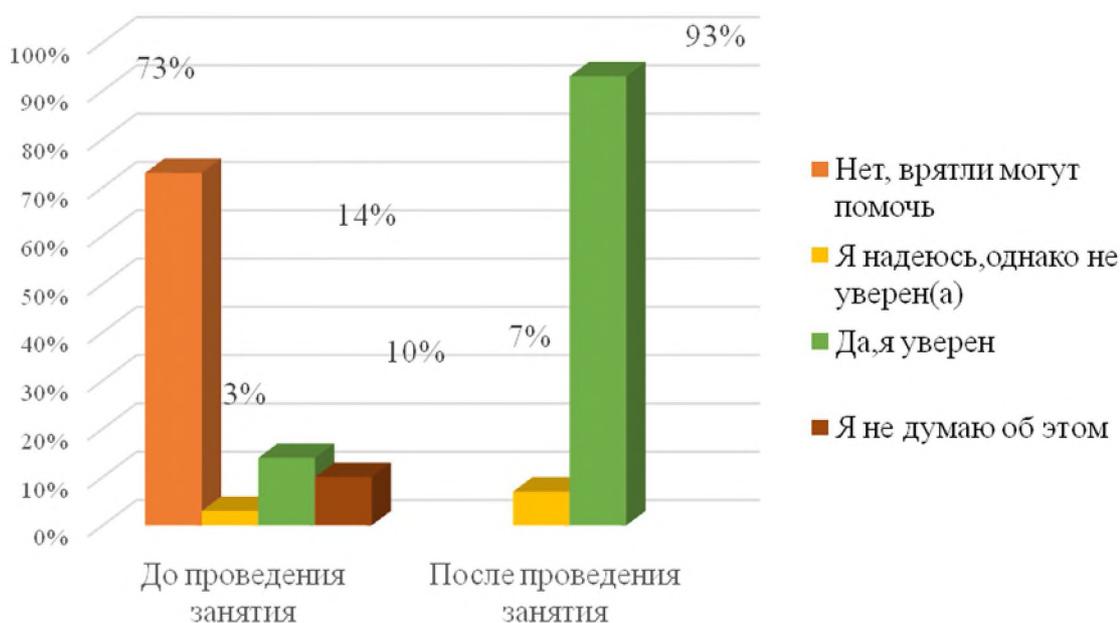


Рисунок 18 – Мнение респондентов о необходимости соблюдения рекомендаций

При проведении анкетирования было проанализировано отношение респондентов к изменению образа жизни (придерживаться определенной диеты, повысить уровень физической нагрузки, принимать лекарственные препараты в соответствии с рекомендациями) до проведения занятия мнения респондентов о том, сложились таким образом, что 22 человека (73%) из об-

шего числа респондентов дали ответ «Нет, вряд ли следования рекомендациям может мне помочь».

Число респондентов, которые ответили «Я надеюсь, однако не уверен(а)» всего 4 человека (13%).

Число респондентов, которые ответили «Да, я уверен, что могу влиять на прогноз моего заболевания» всего 18 человек (60%).

Число респондентов, которые ответили «Я не думаю об этом» всего 3 человека (10%).

После проведения занятия из общего числа респондентов 28 человек (93%) ответили «Да, я уверен, что могу влиять на прогноз моего заболевания».

Число респондентов, которые ответили «Я надеюсь, однако не уверен(а)» всего 2 человека (7%). (рис.19)

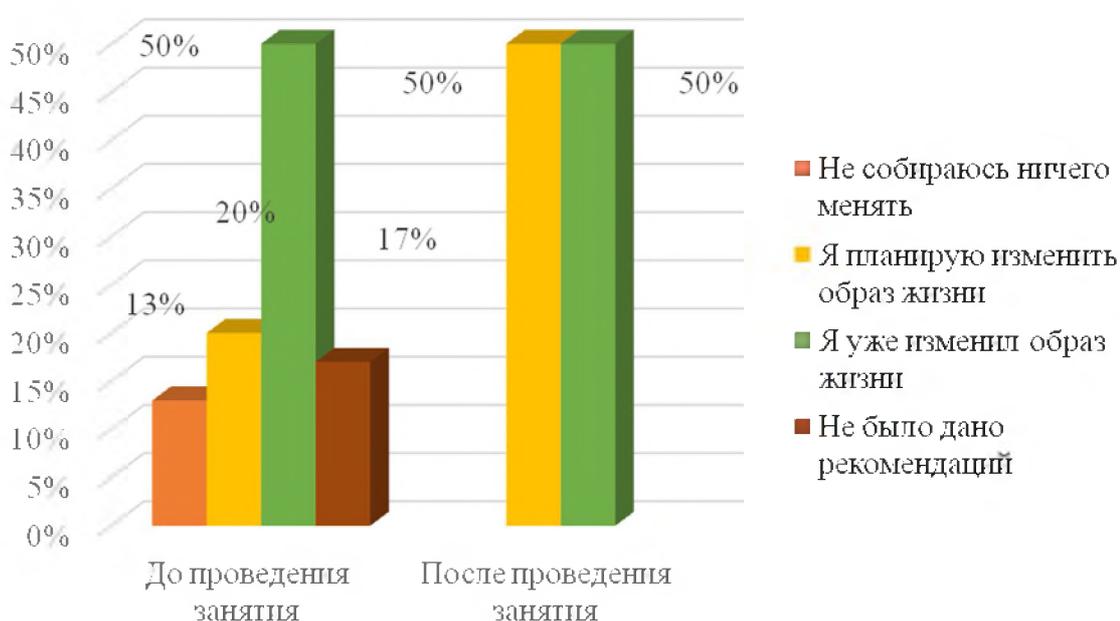


Рисунок 19 –Влияние занятий на изменение образа жизни

После проведения занятий с пациентами было использовано анкетирование для оценки качества работы школы (рис.20). Вопросник состоит из 23 вопросов (прил. 3).

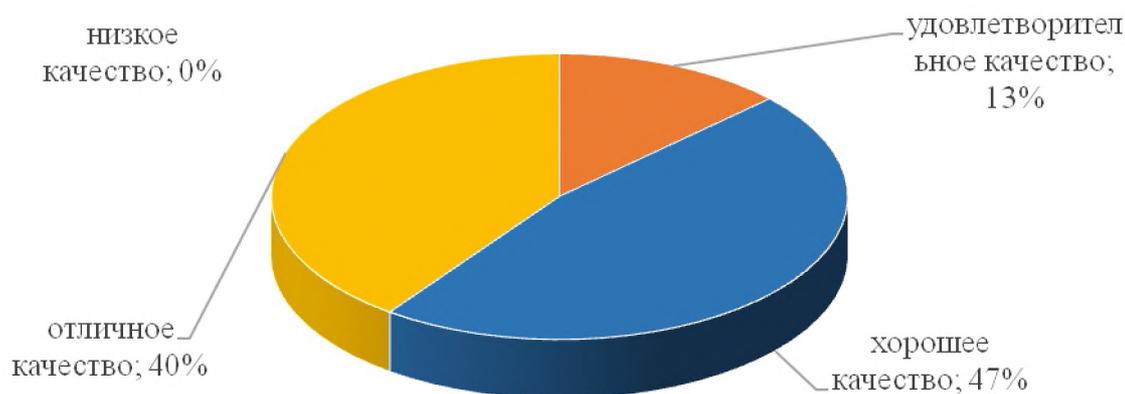


Рисунок 20 – Оценка эффективности проведенного обучения

Наибольшее количество пациентов поставили проведенному обучению хорошую оценку -14 человек (47%). Из общего количества пациентов 40% отметили, что качество проведенного обучения отличное. И всего 13% из общего числа пациентов отметили качество занятий удовлетворительным.

По результатам данного исследования можно сделать следующие выводы:

1. По результатам теста Мориски - Грина из общего числа пациентов только 10 % пациентов в возрасте 50 ± 10 лет привержены к лекарственной терапии, что свидетельствует в целом о низкой приверженности к лечению. Наиболее приверженными к приему лекарств оказались женщины.

2. В результате исследования до проведения занятий было установлено, что большинство пациентов не соблюдают рекомендации врача. Из всего количества пациентов только 41 % регулярно посещает своего лечащего врача.

Также не все пациенты были склонны изменить свой образ жизни, так как исходный уровень знаний о своём заболевании был очень низкий.

3. Информированность пациентов о своем заболевании после посещения занятий выросла на 80%. После обучения пациентов приверженность к выполнению рекомендаций врача увеличилось на 79%. Мнение пациентов о смене образа жизни по рекомендации врача после посещения занятий увеличилось на 50%.

4. Тестирование показало, что удовлетворенность пациентов уровнем проведенного обучения составила 87%, что обозначает возможность проведения школ по формированию к приверженности к соблюдению рекомендаций по лечению и здоровому образу жизни.

3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Пациенты обязательно должны получать необходимую информацию о своем заболевании, а именно о его причинах и о факторах риска. Это необходимо для более полного представления пациента о тяжести заболевания.

Также необходимо представить материал по медикаментозной терапии, обязательно разъяснив пациентам возможные побочные действия препаратов.

Слушателям школы также необходимо разъяснить принципы диеты и водного режима.

Во время информирования пациента желательно использовать эффективные коммуникационные приемы: применять простые, немедицинские термины, соответствующий языковой уровень, не перегружать ненужной информацией, обсуждать наиболее важные темы, при необходимости повторять важную информацию, применять конкретные примеры, добиваться положительного отношения пациента, оценить уровень усвоения полученных знаний, т.е. какой эффект от занятия больного в школе, проанализировав приверженность пациента к рекомендациям врача и клиническом состоянии.

Основные мероприятия для повышения приверженности больных к медикаментозной терапии.

1. Обучение пациента использованию специальных контейнеров для таблетированных препаратов.

2. Применения системы оповещения пациента с помощью звукового и светового сигнала (будильник, телефон).

3. Обучение пациента связывать прием лекарств с событиями, периодически повторяющимися в течении дня.

4. Обеспечение подробного инструктажа пациента о вопросах дозировки, времени и другим особенностям приема лекарств.

5. Обеспечение информирования пациента о доступности схемы назначенного лечения.

Одним из наилучших способов повысить приверженность к лечению является мультидисциплинарный подход к проблеме, а в качестве основных методов улучшения приверженности рассматриваются такие как, упрощение режима приема препаратов с однократным приемом или на фиксированные комбинации препаратов, более частые визиты к врачу, привлечение к работе с больным среднего медицинского персонала, ведение больным дневника самоконтроля, в которых фиксируются их самочувствие, динамика симптомов заболевания, таких как одышка, отеки и т.д., одновременно с этим в дневник вносятся данные о весе, АД, ЧСС, объеме физических нагрузок, а так же о принимаемых препаратах, вовлечение в процесс контроля лечения членов семьи, борьба с вредными привычками (курение, употребление алкоголя и т.д.)

Рекомендации для школы здоровья:

1. Обучить средний медицинский персонал для проведения занятий с пациентами.

2. Усовершенствовать программу занятий с пациентами для повышения информированности.

3. Необходимо организовать обучение

– Спланировать более удобное время для проведения занятий т.к. некоторые пациенты опаздывали, поэтому занятие прерывалось, а внимание обучающихся отвлекалось.

– Поддерживать активность обучающихся в процессе занятия.

– Увеличить время на дополнительные вопросы, чтобы пациенты могли получить ответы на интересующие их проблемы.

4. Для большей информативности необходимо подготовить наглядный материал для пациентов (дневники, памятки, буклеты) с учётом их пожеланий (доступность, краткий объем информации). (прил.2)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приверженность пациентов к лечению изучается уже давно и есть достаточно большое количество методов повышения приверженности при различных заболеваниях, однако, вопрос низкой приверженности остается одним из наиболее важных в системе здравоохранения.

Низкая информированность в вопросах лечения и профилактики заболевания отрицательно влияет на приверженность пациента. Минимум информации или строгие рекомендации, которые в подавляющем случае непонятны пациенту, создаются предпосылки к нарушению лекарственной терапии, режиму питания, объему физической нагрузки и т.д.

Сегодня тратятся большие суммы денег на проведение крупных рандомизированных исследований по изучению эффективности различных препаратов, составление рекомендаций, основанных на принципе доказательной медицины, но эффективность рекомендаций значительно снижается из-за недостаточной приверженности пациентов назначениям специалистов. [7]

Проблема недостаточной приверженности лечебно-профилактическим мероприятиям широко распространена во всем мире, так как на протяжении долгого времени эффективно не решалась, что обусловлено большим количеством факторов, в числе которых следует обозначить социально-экономические, состояние системы здравоохранения, особенности состояния и поведения пациента, а также особенности назначенного курса лечения.

Разнообразие причин, обуславливающие проблему недостаточной приверженности пациентов лечебно-профилактическим мероприятиям, требует комплексного подхода к её решению.

Однако, за последние годы появилось множество технических средств эффективного дистанционного контроля за тем, как соблюдаются медицинские рекомендации по лечению и профилактике заболеваний, что позволяет считать их наиболее перспективными для решения этой проблемы. [13]

Для оценки долгосрочной работы от вмешательств, направленных на повышение приверженности лечебно-профилактическим мероприятиям и оздоровления образа жизни, необходимы дальнейшие исследования, оценивающие важность похожего эффекта.

Очевидно, не существует единого метода улучшения выполнения назначения больными. Создание мотивации к лечению и её соблюдение в течение длительного времени - задача, которая может быть решена только при условии комплексной работы государства, учреждений здравоохранения, образовательной системы, производителей лекарственных препаратов и т.д.

При этом просветительская работа и проведения обучения должны быть направлены не только на пациента и членов их семей, но и на специалистов здравоохранения.

Таким образом, в первой главе проведенной работы были рассмотрены теоретические аспекты приверженности к лечению, а также методы педагогического воздействия на пациентов. В практической части результаты анкетирования и проведенного теста Мориски - Грина был выявлен низкий уровень приверженности среди мужчин и пациентов молодого возраста. Было проведено занятия, в результате которых улучшилась информированность о заболеваниях, и появилось желание соблюдать рекомендации и стремление к здоровому образу жизни. Следовательно, на основе полученных результатов были разработаны рекомендации по улучшению приверженности пациентов к назначениям врача. Задачи выполнены, цель достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абышев Р.А. Факторы риска рецидива стенокардии в отдаленном периоде после коронарного шунтирования / Р.А. Абышев. - М.: Вестник Рос. Воен.-мед академии, - Т.2. - СПб -2009. № 26. - 230 с.
2. Аведисова А.С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс - отказ от терапии - мотивация к лечению / А.С. Аведисова. - М.: Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. - 2013.- №4.- С. 83-87.
3. Альберт М.А. Приверженность к лечению и личностные особенности больных с хронической сердечной недостаточностью / М.А. Альберт, Т.З. Биктимиров, А.М. Шутов. - Ульяновск: УлГУ - 2008. - 6-9 с
4. Бирюкова Л.А. Приверженность к лечению больных к лечению ишемической болезнью сердца с болевой и без болевой формы / Л.А. Бирюкова. - М.: Сибирский медицинский журнал. -2008. -75-77 с.
5. Василенко В.В. Некоторые проблемы приверженности лечению больных сахарным диабетом / В.В. Василенко. - М.: РЖМ. -2009. -13-17с.
6. Викторова И.А. Влияние социально- демографических и психологических факторов на приверженность антигипертензивной терапии / И.А. Викторова, М.В. Лисняк, Д.И. Трухан. - М.: Сибирское медицинское обозрение. -2014. -№5. -75-78 с.
7. Зелионко А.В., Использование компетентного подхода к оценке медицинской информированности и приверженности городских жителей к здоровому образу жизни / А.В. Зелионко, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева. - М.: Профилактическая и клиническая медицина. - 2014.- 42-48 с.
8. Ефремова Е.В. Клиническое значение приверженности к лечению больных с сердечно- сосудистой патологией: учебное пособие / А. Ефремова, В. Шутов, М.В. Мензоров. - Ульяновск: УлГУ, 2016. -28 с.

9. Ефремова Е.В. Коморбидность и приверженность к лечению при хронической сердечной недостаточности / Е.В. Ефремова, А.М. Шутов, И.А. Сабитов - М.: Сердечная недостаточность. Т.14. -2013. - №1.- 40-46 с.
10. Кадыров Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография» / Р.В. Кадыров, О.Б. Аспирян, С.А. Ковальчук. - М.: Мос. гос. ун-т., - Владивосток. - 2014. - 74 с.
11. Калинина А.М. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией. / А.М. Калинина. - М.: Качество жизни // Медицина. -2013. - 78-82 с.
12. Кларин М.В. Педагогическая технология в учебном процессе: / М.В. Кларин. - М.: Знание, 2009. - 78 с.
13. Кобалова Ж.Д. Приверженность пациентов антигипертензивной терапии и препятствия к её улучшению / Ж.Д. Кобалова, Е.Г. Старостина, Ю.В. Котовская. - М.: Терапевтический архив. 2015. - 64-69 с.
14. Митрофанова И.С. Новые пути повышения эффективности лечения больных с сердечной недостаточностью / И.С. Митрофанова, Я.И. Коц, Л.Г. Вдовенко. - М.: Журнал Сердечная недостаточность. - 2008. - 164 с.
15. Лапин И.П. Отношение пациента к эффектам лекарства как причина отказа от фармакотерапии / И.П. Лапин. - М.: Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2012. -№3. - 112 - 115 с.
16. Олюнин Ю.А. Остеоартроз. Актуальные вопросы диагностики и лечения / Ю.А. Олюнин. - М.: РМЖ, 2012. - 385- 388 с.
17. Олюнин Ю.А. Самоконтроль артериального давления в домашних условиях - метод повышения приверженности к лечению больных артериальной гипертензии. / Ю.А. Олюнин, Е.В. Цагарейшвили, П.А. Зелвеян, А.Н. Рогоза. - М.: СмГУ. Смоленск. - 2014. -90-94 с.
18. Осипенко М.Ф. «Комплаентность» пациента как один из факторов, определяющих эффективность эрадикационной терапии. / М.Ф. Осипенко, М.А. Ливзан, Е.А. Бикбулатова. - М.: Терапевтический архив. -2014. -27-31 с.
19. Поликарпов Л.С. Особенности приверженности к лечению артериальной гипертензии среди женщин пожилого возраста / Л.С. Поликарпов, Е.В.

Деревянных, Р.А. Яскевич, Н.А. Балашова. - М.: Современные проблемы науки и образования. - 2014. -№5. - 490 с.

20. Пшеничная Л.Ф. Педагогика в сестринском деле/ Л.Ф. Пшеничная. - Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2012. - 352с.

21. Семенова О.Н. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения [Электронный ресурс]/ О.Н. Семенова, Е.А. Наумова - Режим доступа: <https://medconfer.com/node/2079>.

22. Тарасенко Е.В. Приверженность к длительному лечению пациентов и факторы на неё влияющие / Е.В. Тарасенко, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц. - М.: Фундаментальные исследования. - 2014.- №9.- 57-58 с.

23. Фирсова И.В. Взаимоотношения врача и пациента как фактор, определяющий комплаентность / И.В. Фирсова, Д.В. Михальченко, О.Н. Скачкова. - М.: Социология медицины. -2009. -№1. - 20с.

24. Фофанова Т.В. Фелодипин в амбулаторной практике: что может повлиять на лечение и приверженность к терапии артериальной гипертензией / Т.В. Фофанова, Я.А. Орлова, И.Ф. Патрушева. - М.: РМЖ, - 2009. - 245 с.

25. Хохлов А.Л. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. / А.Л. Хохлов, Л.А. Лисенкова, А.А. Раков. - М.: Качественная клиническая картина, - 2013г. - №4. - 59-66 с.

26. Чазова И.Е. Обучение и самообразование пациента - важный шаг на пути повышения приверженности пациента к лечению. / И.Е. Чазова, Ф.Т. Агеев, Т.В. Фофанова. - М.: Системные гипертензии. - 2014. -№ 3. - 7-11 с.

27. Чернявская Т. Повышение комплаентности и качества жизни пожилых пациентов с артериальной гипертензией / Т. Чернявская. - М.: Врач. - 2010. -№5. - 20-25 с.

28. Шальнова С. Артериальная гипертензия и приверженность к терапии / С. Шальнова, С. Кукушкин, Е. Манюшкина, Т. Тимофеева. - М.: Врач. - 2009. - №12. -39-42 с.

Уважаемые пациенты!

Просим серьезно отнестись к заполнению анкеты и ответить на все вопросы, подчеркнув выбранный Вами ответ знаком или галочкой.

Мы предлагаем Вам поучаствовать в данном исследовании и заполнить небольшую анкету, которая представлена ниже. Это не займет много времени, а ваши ответы будут очень важны для нас.

Обратите внимание на оформление ответов. Они предполагают возможность текстового заполнения или выбор из предложенных вариантов. Можно подчеркнуть два и более ответов.

Заполнение анкеты совершенно анонимно. Все полученные данные будут использоваться только в обобщенном виде и в научных целях. Заранее благодарим за отклик!

1. Курите ли Вы?

- 1) Да (укажите сколько лет курите, сколько сигарет в день выкуриваете в среднем _____)
- 2) Нет, никогда не курил
- 3) Бросил курить (укажите сколько лет курили, по сколько сигарет в день выкуривали раньше _____)

2. Употребляете ли вы алкогольные напитки?

- 1) Да (укажите вид алкоголя, кол-во в мл и частоту употребления (раз в неделю, в месяц и т.д.)) _____
- 2) Нет, никогда не употреблял алкоголь
- 3) Бросил употреблять алкоголь (укажите вид алкоголя, и кол-во в мл и частоту употребления (раз в неделю, в месяц и т.д.)) _____

3. Уровень физической активности:

- 1) Низкая (физическая активность повседневной жизни, без специальных нагрузок)
- 2) Средняя (дополнительная физическая нагрузка невысокой интенсивности: пешие прогулки, утренняя зарядка и т.д.)
- 3) Высокая (регулярная – не реже 2 раз в неделю – дополнительная физическая нагрузка средней и высокой интенсивности: посещение фитнес-центров, бассейна, занятие спортом, в том числе профессиональное, длительные пешие, велосипедные, лыжные походы и т.д.)
- 4) Другое _____

4. Наблюдались ли Вы постоянно у специалистов по поводу каких-либо хронических заболеваний (например, ишемической болезни сердца, стенокардии, инфаркт миокарда, инсульт, артериальной гипертензии, сахарного диабета и т.д.)

- 1) Да
- 2) Нет

5. Где вы наблюдаетесь по поводу своего заболевания (возможно несколько ответов)?

- 1) В поликлинике по месту жительства
 - 2) В ведомственной поликлинике
 - 3) В платном (негосударственном) мед. центре
 - 4) Нигде постоянно не наблюдаюсь
6. Как регулярно Вы посещаете своего лечащего врача?
- 1) 1 раз в полгода и чаще
 - 2) 1 раза в 3 месяца
 - 3) 1 раза в год
 - 4) Нерегулярно (обычно при возникновении каких-либо вопросов, проблем, связанных с моим заболеванием)
 - 5) Другое _____
7. Насколько Вы информированы о Вашем заболевании (возможные осложнения, причины их развития, необходимые лекарства, режим их приема, уровни показателей (уровень артериального давления, холестерина, сахара крови и т. д.), свидетельствующих о хорошей компенсации заболевания)?
- 1) Полностью информирован, хорошо ориентируюсь в методах контроля и лечения своего заболевания.
 - 2) Не полностью информирован, многого не знаю.
 - 3) Практически ничего не знаю о своей болезни, ее осложнениях, лечении.
8. Знаете ли Вы свой обычный уровень АД (артериального давления)?
- 1) Да (если да то, укажите его _____ мм рт. ст.)
 - 2) Нет
9. Принимаете ли вы лекарственные препараты для контроля АД?
- 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Я не знаю таких препаратов
10. Знаете ли Вы свой уровень сахара крови?
- 1) Да (если да то, укажите его _____ ммоль/л)
 - 2) Нет
11. Принимаете ли вы лекарственные препараты для контроля сахара?
- 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Я не знаю таких препаратов
12. Знаете ли Вы свой уровень общего холестерина?
- 1) Да (если да то, укажите его _____ ммоль/л)
 - 2) Нет
13. Принимаете ли Вы лекарственные препараты для снижения холестерина?
- 1) Да
 - 2) Нет
 - 3) Я не знаю таких препаратов
14. Соблюдаете ли вы ограничения в употреблении солёной пищи?
- 1) Соблюдаю
 - 2) Не соблюдаю

- 3) Не знаю
15. Соблюдаете ли вы ограничения в употреблении животных жиров?
- 1) Соблюдаю
 - 2) Не соблюдаю
16. Соблюдаете ли вы диету, соответствующую вашему заболеванию?
- 1) Соблюдаю
 - 2) Не соблюдаю
 - 3) Не знаю состав диеты по моему заболеванию
17. Готовы ли Вы изменить свой образ жизни (придерживаться определенной диеты, повысить уровень физической нагрузки, принимать лекарственные препараты в соответствии с рекомендациями) в связи имеющимся у Вас заболеванием?
- 1) На данном этапе я не собираюсь ничего менять
 - 2) Я планирую изменить свой образ жизни, но не в ближайшее время
 - 3) Я уже изменил свой образ жизни и придерживаюсь его
 - 4) Мне не было дано никаких рекомендаций по поводу изменения образа жизни при моем заболевании
18. Считаете ли вы, что следование рекомендациям (касательно образа жизни, питания, приема лекарственных препаратов) может улучшить прогноз Вашего заболевания?
- 1) Нет, вряд ли следование рекомендациям реально может мне помочь.
 - 2) Я надеюсь, однако не уверен
 - 3) Да, я уверен, что могу влиять на прогноз моего заболевания, соблюдая рекомендации.
 - 4) Я не думаю об этом.
19. Принимаете ли Вы лекарственные препараты согласно рекомендациям?
- 1) Да, принимаю строго согласно рекомендациям врача
 - 2) Иногда забываю принять препараты
 - 3) Принимаю и другие (не рекомендованные врачом) лекарственные препараты, биологически активные добавки (БАДы) по советам знакомых, теле-, радио- или газетной рекламы
 - 4) Не принимаю лекарственных препаратов, т.к. считаю, что вред от их приема больше, чем польза или по другим причинам
20. Забывали ли вы когда-либо принять препараты?
- 1) Да
 - 2) Нет
21. Не относитесь ли вы иногда не внимательно к часам приёма лекарств?
- 1) Да
 - 2) Нет
22. Не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
- 1) Да
 - 2) Нет
23. Если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли вы следующий прием?
- 1) Да

2) Нет

24. Если Вы пропускаете или полностью прекращаете прием рекомендованного Вам лекарственного препарата, каковы возможные причины этого (возможно несколько ответов)

- 1) Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств
- 2) Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения
- 3) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов
- 4) Высокая стоимость рекомендованных лекарственных препаратов
- 5) Не хочу принимать лекарства постоянно длительно
- 6) Другое _____

25. Какие действия могли бы способствовать, по Вашему мнению, аккуратному соблюдению Вами всех назначений (прием всех лекарств в назначенных дозах, соблюдение диеты, режима и т. д.)?

- 1) Подробная информация о назначении лекарственных препаратов.
- 2) Подробная информация о моем заболевании и методах его лечения.
- 3) Более пристальное внимание со стороны врача ко мне и моим проблемам со здоровьем.
- 4) Никакие, у меня нет желания длительно принимать лекарства и соблюдать другие назначения.
- 5) Я и так строго выполняю все рекомендации.
- 6) Другое _____

26. Ваш пол:

- 1) Мужской
- 2) Женский

27. Ваш возраст:

- | | |
|----------|----------|
| 1) 20-30 | 2) 31-40 |
| 3) 41-50 | 4) 51-60 |

28. Ваше образование:

- 1) Средне специальное
- 2) Незаконченное высшее
- 3) Высшее
- 4) Два высших образования

Спасибо за сотрудничество!

Памятка для пациента по поддержанию приверженности

1. Узнайте и запишите:

- Сколько нужно принимать таблеток?
- Сколько они занимают места?
- Как часто их надо принимать?
- Насколько точно по времени необходимо принимать таблетки?
- Есть ли ограничения относительно питания?
- Проконсультируйтесь, можно ли принимать препараты параллельно с другими лекарственными средствами, которые вы уже принимаете или собираетесь принимать?
 - Поставьте врача в известность о принимаемых вами лекарственных препаратах.
 - Уточните, каковы могут быть побочные эффекты от предлагаемых препаратов?

2. Вместе с врачом составьте свое расписание приема препаратов, согласованное с вашим режимом жизни, графиком работы, и начинайте привыкать к нему. Первые несколько недель отмечайте каждую принятую дозу и время ее приема.

3. Обязательно обратитесь к вашему лечащему врачу, если у вас тяжелые побочные эффекты. Вам могут прописать дополнительное лечение, а также, при необходимости, сменить терапию.

4. Каждое утро отделяйте дневную порцию препаратов и используйте таблетницу. Таким образом, вы всегда сможете проверить, не пропущена ли доза.

5. Используйте звуковой сигнал или будильник. Используйте его для приема препаратов в назначенное врачом время. 6. Если вы едете куда-то, возьмите дополнительное количество таблеток.

7. Сделайте небольшой запас таблеток на всякий случай. Это может быть прохладное место в автомобиле, на работе или дома, у друзей, родственников.

8. Посоветуйтесь с друзьями, равными консультантами, которые уже находятся на терапии. Спросите, как они решают подобные проблемы. Попросите лечащего врача разрешение пообщаться с кем-то, кто принимает такой же набор препаратов, как у вас, если вы считаете, что вам это поможет. Памятка для пациента по поддержанию приверженности.

9. Попросите врача назначить таблетки от тошноты и диареи (поноса). Такие побочные эффекты наиболее типичны при начале терапии.

10. Разные комбинации терапии предусматривают разную кратность приема препаратов в день. Помните, что пропустить дозу препарата, который надо принимать один раз в день, может быть опаснее, чем дозу, которая принимается дважды. Приверженность особенно важна при приеме препарата один раз в день. Режиму необходимо следовать ежедневно, то есть и в выходные дни, и в различных жизненных ситуациях. Если вы систематически пропускаете дозу или принимаете ее с опозданием, поговорите с врачом о полной отмене терапии. По крайней мере, так вы снизите риск развития устойчивости вируса к лечению. Как только вы осознали, что доза пропущена, сразу же примите ее.

Если же вы поняли это незадолго перед следующим приемом, не принимайте двойную дозу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Вопросник оценки качества обучения в Школе Здоровья (заполняется анонимно)

ИНСТРУКЦИЯ для пациентов. Просим Вас заполнить следующую анкету. Ваши ответы помогут определить насколько полезным и интересным было для Вас обучение в Школе, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования дальнейшего обучения.

Дайте оценку в соответствии с Вашим личным мнением или отношением, по пятибалльной системе: от 1 (низшая оценка) до 5 (высшая оценка).

№ вопр.	Баллы (оценка)	Вопрос (утверждение)
1.		Обучение в Школе было для Вас полезным
2.		Вы удовлетворены обучением в целом
3.		Занятия в Школе оправдали ожидания
4.		Знания об АГ и факторах риска повысились
5.		Степень изменения знаний о питании
6.		Степень изменения знаний о физической активности
7.		Степень изменения знаний о влиянии поведения и привычек на здоровье
8.		Степень изменения знаний о стрессе
9.		Степень изменения знаний о лечении
10.		Научился(ась) измерять АД
11.		Научился(ась) вести дневник
12.		Степень изменения отношения к возможности самоконтроля заболевания и профилактики осложнений
13.		Буду регулярно измерять АД
14.		Буду контролировать питание
15.		Буду контролировать физическую активность
16.		Буду контролировать стрессовые ситуации
17.		Буду выполнять рекомендации врача
18.		Начну изменять пищевые привычки
19.		Начну больше двигаться
20.		Начну вести дневник
21.		Брошу курить
22.		Смогу оказать первую доврачебную помощь себе и другому больному с АГ
23.		Начну следить за регулярностью приема лекарств
24.		Посоветую пройти обучение своим близким и друзьям

Благодарим за участие!