

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
кафедра Управления сестринской деятельностью

## БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ  
У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
(на примере НУЗ «Узловая поликлиника станции Красноуфимск»  
ОАО «Российские железные дороги»)

Факультет ПСР и ВСО  
Направление подготовки Сестринское дело  
Квалификация Академическая  
медицинская сестра. Преподаватель  
Допущена к защите: 29 мая 2017 г.  
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.  
д.м.н., доцент  
Дата защиты 21 июня 2017 г.  
Оценка отлично

Исполнитель: Фокина  
Анна Владимировна  
Группа ЗСД – 414  
Руководитель: Шардина Л.А.  
д.м.н., профессор  
Нормоконтролер: Иванова Н.В.  
ст. преподаватель  
Рецензент Костина М.Б.

Екатеринбург, 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕТОДОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ .....	6
1.1. Понятие методов педагогического воздействия и их виды. ....	6
1.2. Классификации методов педагогического воздействия. ....	8
1.3. Методы обучения. ....	13
1.4. Функции методов обучения. ....	21
1.5. Основные принципы и приемы обучения пациентов с АГ. ....	22
1.6. Значение «Школ здоровья» в жизни людей. ....	26
2. АНАЛИЗ МОТИВАЦИИ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ....	33
2.1. Характеристика НУЗ «УП на ст. Красноуфимск ОАО «РЖД» .....	33
2.2. Анализ персонала. ....	35
2.3. Материалы и методы исследования .....	37
2.4. Изучение информированности пациентов о заболевании .....	40
2.4.1 Анализ полученных результатов до проведения занятий .....	40
2.4.2 Анализ проведения занятий .....	44
2.4.3 Анализ полученных результатов после проведения занятий. ..	45
3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К НАЗНАЧЕНИЯМ ВРАЧА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ....	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	53
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	57
ПРИЛОЖЕНИЯ	

## ВВЕДЕНИЕ

Как в России, так и во всем мире, несмотря на высокий уровень медикаментозного обеспечения, проблемы формирования мотивации к соблюдению диеты и выполнению врачебных рекомендаций у пациентов с артериальной гипертензией были и остаются актуальными. Широкая распространенность и высокая значимость данного заболевания заставляют обратить внимание не только на его лечение, но и на проведение огромной профилактической работы среди населения, имеющего симптомы артериальной гипертензии.

Артериальная гипертензия (АГ) - одна из важных проблем мирового сообщества в целом и России, в частности, так как распространенность сердечно - сосудистых заболеваний среди прочих стоит на первом месте. [20]

По данным официальной статистики, в России зарегистрировано около 22,4 млн. человек больных артериальной гипертензией, а это около 30% всего населения страны. В то же время результаты выборочного обследования населения показали, что в России истинное количество больных с артериальной гипертензией в возрасте 15 лет и старше значительно больше и составляет более 41,6 млн. человек. Причем эти цифры неуклонно растут с каждым годом, месяцем, днем. И надо еще помнить также и о людях, не имеющих пока диагноза артериальная гипертензия, но имеющих на себе хотя бы один фактор риска ее развития, а таких лиц 80%. [26]

Артериальная гипертензия широко распространяется в большинстве стран мира. По данным последнего эпидемиологического исследования в России 48% мужчин и 40% женщин имеют артериальную гипертензию. Распространенность артериальной гипертензии за последние 6 лет возросла с 40 до 44%, а к 2025 году прогнозируется увеличение числа людей, страдающих повышенным уровнем артериального давления до полутора миллиардов. Кроме того, артериальная гипертензия занимает 1 место по смертности от

сердечно - сосудистых заболеваний. Чаще всего пациенты умирают от осложнений. [24]

Сегодня можно говорить о том, что заболеваемость АГ в России, как и в других развитых странах, принимает форму эпидемии. Согласно исследованиям, 7% мужчин 20-29 лет имеет проблемы с артериальным давлением, для категории 30-39 лет этот показатель увеличивается до 16,3%, для 40-49 лет он равен 26,9%, а для 50-54 лет – 34,4%. Не лучшая ситуация наблюдается и среди женщин, сегодня каждая пятая жительница РФ в возрасте 20-69 лет имеет какую-либо форму АГ. При этом в возрасте 30-39 лет примерно каждая 14-ая женщина болеет АГ. [29]

В России всего 23% больных контролируют свое артериальное давление (в США контроль АД составляет около 50%). Такая ситуация напрямую влияет на частоту развития сердечно - сосудистых осложнений и, как результат, на качество и продолжительность жизни. Так, к примеру, в Чехии за последние 12 лет смертность от острого нарушения мозгового кровообращения снизилась почти на 60%. Достичь этого удалось с одной стороны с помощью образовательной программы (школ здоровья), направленной на пропаганду здорового образа жизни и необходимости регулярного наблюдения за своим здоровьем, с другой стороны благодаря активной работе врача с пациентами: подбором адекватной гипотензивной терапии и повышением степени приверженности пациентов к лечению. [24]

Создаются множество групп препаратов, изучается их действие, создаются многочисленные схемы лечения, комбинации лекарственных средств. Но к великому сожалению на сегодняшний день ни одному человеку с данным диагнозом не удалось полностью излечиться от этого недуга. Для многих данный диагноз звучит как приговор, эта болезнь не является болезнью «пожилых», оно не жалеет никого, и особенно прогрессивно может проявляться и у молодого поколения.

Эти вопросы очень актуальны, поскольку на сегодняшний день артериальная гипертония прогрессирует и «молодеет», а уровень информированности населения о заболевании остается низким.

Цель работы: Изучение педагогических методов и формирование приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией.

Для достижения данной цели поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретические аспекты методов педагогического воздействия на пациентов.
2. Проанализировать уровень информированности пациентов об АГ до и после проведения занятий в «Школе здоровья по артериальной гипертензии».
3. Разработать рекомендации по повышению приверженности к выполнению врачебных рекомендаций у пациентов с АГ.

*Объект исследования* - педагогические методы и приверженность к лечению пациентов с артериальной гипертензией.

*Предмет исследования* - процесс формирования приверженности лечению у пациентов с артериальной гипертензией.

Методы исследования, использованные в работе: метод теоретического анализа литературы, социологический метод (анкетирование), метод сравнительного анализа и обобщения.

*База исследования:* НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Красноуфимск ОАО «РЖД».

Дипломная работа выполнена на 59 страницах, содержит 6 таблиц, 16 рисунков, 5 приложений.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕТОДОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

## 1.1. Понятие методов педагогического воздействия и их виды

Выполнение целей образования именуют педагогическим процессом. Систему средств образования, которые характеризуют совместную деятельность педагогов и учеников, называют методом обучения. Разделение методов и средств на образовательные и воспитательные условно, а иногда и даже искусственно, в связи с этим, правильнее употреблять понятие «методы воздействия на личность».

Технологическая схема педагогического процесса имеет следующее выражение. В первую очередь, педагог убеждает обучающегося в важности и необходимости решения определенной задачи, после чего он должен научить ученика, то есть, достичь усвоения им конкретного объема знаний, которые являются необходимыми для решения определенной задачи. На следующей стадии нужно развить у ученика навыки и умения. На всех перечисленных этапах необходимо непрерывно стимулировать учащихся, оценивать результаты работы и контролировать процесс обучения.

Виды педагогического воздействия:

Существует 2 основных следующих вида педагогического воздействия: внушение и убеждение.

*Убеждение представляет собой* психологическое воздействие, которое арестовывается сознанию, воле ученика. Это логически аргументированное влияние одного человека: или нескольких людей, которое воспринимается критически и выполняется осознанно.

Цель убеждения - стремление достичь того, чтобы учащийся осознанно принял взгляды и следовал им. Умение убеждать заключается в способности находить весомые аргументы (примеры, факты, закономерности) и увязывать их с личностным опытом учащегося. Эффективность убеждения как правило,

зависит от авторитета учителя, от его личной убежденности в том, о чем он говорит, от эмоциональной окраски убеждения, так как в ходе убеждения также должна быть задействована эмоциональная сфера человека. Конечно же, нужно хорошо знать индивидуальные особенности и личность учащегося.

*Внушение представляет собой* психологическое воздействие, отличающееся сниженной аргументацией, принимается при уменьшении уровня критичности и осознанности.

Сущность внушения заключается в том, что в психику человека внедряется установка, которая нацелена на перемену психической деятельности обучающегося, которая превращается в его внутренняя установка, осуществляющую регуляцию физической и психической активности при определенной степени автоматизма. [6]

Выделяют такие виды внушения: непреднамеренное и преднамеренное, положительное и отрицательное, косвенное и прямое.

Учитель целенаправленно, намеренно, сознательно внушает, зная точно, что он пытается внушить. При неосознанном внушении педагог не ставит перед собой цель внушить какую-либо определенную мысль, поступок, действие. Такое внушение довольно часто имеет место в работе учителей и приводит совсем не к тем результатам, которые они ставят перед собой. [14]

Различают отрицательное и положительное внушение исходя из того, какие психологические характеристики по содержанию со стороны морали внушаются. Наиболее часто отрицательные характеристики внушаются нецеленаправленно, намеренно вводятся установки положительного содержания. По методу воздействия различают косвенное и прямое внушение. Прямое – это внушение, при котором учитель распоряжается напрямую, открыто. Цель внушения не скрывается.

Суть внушения посредством запрета заключается в том, что учащимся запрещено совершать то или иное действие без указания причины запрета. В результате происходит действие, обратное воспрещаемому. Эффективность

внушения посредством запрета зависит от уровня негативизма, внушаемого. [12]

В педагогической практике применяется внушение посредством конфронтации. Преподаватель противопоставляется другому человеку, с которым он состязается в том либо другом деле. В составе воздействия рассказывается что-то обратное тому, чего в реальности достигает педагог.

Результативность внушения посредством конфронтации находится в зависимости от тех же обстоятельств, что и каждое любое внушение. Помимо этого, важно, чтобы учащийся верил, что значимый человек, с которым он состязается, на самом деле может сделать то, о чем свидетельствует педагог.

Таким образом, ведь существует внушение доверием. Оно допустимо при обстоятельствах высокого авторитета преподавателя, а кроме того и наличии чувства долга и чести перед людьми, оказывающих доверие. Рациональность применения внушения в педагогической практике разъясняется тем, что оно продуктивно в таком случае, когда взывать к сознанию безрезультатно. К примеру, при работе с негативными и отрицательно настроенными людьми. [5]

## 1.2. Классификации способов педагогического воздействия

С целью надлежащего функционирования педагогического процесса необходимо, как минимум, 5 групп методов влияния на личность:

- 1) позиция;
- 2) приучения и упражнения;
- 3) образование;
- 4) поощрение;
- 5) оценка и контроль.

В концепции и практике педагогического процесса применяется и такое понятие как метод. Метод представляет собой как простой элемент педагогического процесса, как практический акт осуществлении этого либо дру-

гого метода в разных педагогических ситуациях. Диспут, разъяснение, беседа - это примеры способов убеждения. Благодарность, одобрение, похвала- способы одобрения.

Метод влияния на личность - это концепция педагогических способов, которые позволяют решить эти либо другие педагогические задачи.

Убеждение - это разностороннее влияние на разум, ощущения и свободу человека с целью развития у него нужных качеств. В зависимости от ориентированности педагогического влияния убеждения способен представлять, как внушение, как доказательство, или как их комбинация. Значительную роль в убеждении с помощью слова представляют подобные приемы как диспут, лекция, беседа. Результативность способов убеждения зависит от соблюдения единого ряда педагогических условий, наиболее значимых из них: высокий авторитет преподавателя; опора на жизненный навык учащегося; доступность, конкретность, искренность убеждения; сочетание убеждения и практического приучения; подсчет индивидуальных и возрастных черт обучающихся.

Упражнение - это систематически организованное осуществление обучающимися разных действий, практических дел с целью развития и формирования их личности. Приучение - это организация регулярного и планомерного выполнения учащимися конкретных действий в целях развития хороших привычек.

Упражнение (приучение) равно как метод педагогического влияния используется с целью постановления наиболее различных задач физического, гражданского, эстетического и нравственного развития и восприятия. В отсутствии регулярного использования разумно поставленных упражнений невозможно достичь действенности воспитательной работы. В практике педагогической деятельности используется в основном три вида упражнений:

- 1) упражнения в здоровой деятельности;
- 2) режимные упражнения;
- 3) особые упражнения.

Упражнения в здоровой деятельности обладают целью сформировать привычки в труде, в общении обучающихся друг с другом. Основное в этом типе упражнений складывается в том, что его польза понималась учащимся, чтобы он, ощущал радость и удовлетворенность от результата, привыкал самоутверждаться.

Режимные упражнения — это упражнения, основной педагогический результат с применением которых дает не итог, а хорошо организованный процесс — порядок, приводящий к синхронизации психофизиологических взаимодействий организма с внешними условиями, что хорошо влияет на состояние здоровья, интеллектуальных и физических возможностей обучающегося и, как следствие, в итогах его работы. Особые упражнения - это упражнения учебного характера, которые имеют цель выработки и фиксирование навыков и умения. Особые упражнения используются и с целью преодоления недочетов. Упражнение лишь на самых ранних стадиях, возможно, расценивать как элементарный повтор. В последующем упражнение - это усовершенствование, которое проходит нарастающим результатом.

Способы обучения делятся по доминирующим средствам на наглядные, словесные и практические. Их подразделяют также исходя из основных дидактических задач на:

- 1) способы получения новых знаний;
- 2) способы формирования навыков, умений и использования знаний на практике;
- 3) способы проверки и оценки умений, знаний и навыков.

Эту классификацию дополняют методиками закрепления изучаемого материала и методами самостоятельной работы учеников. Помимо этого, все разнообразие способов обучения делятся на 3 основных группы:

- 1) методы организации и проведения учебной работы;
- 2) методы мотивации и стимулирования учебно-познавательной работы;

3) методы контроля и самоконтроля за результатами учебно-познавательной работы.

Методы стимулирования. Стимулировать – это означает побуждать, давать толчок, импульс мысли к действию и чувству. Конкретное стимулирующее действие уже заложено внутри каждого метода. Но также есть методы, основное назначение которых - оказывать дополнительное стимулирующее воздействие усиливать действие других методик, которые по отношению к стимулирующим принято называть основными.

Соревнование. Стремление к первенству, приоритету, самоутверждение свойственно всем людям. Главная задача - не дать соревнованию превратиться в жесткую конкуренцию и в стремление к первенству любой ценой.

Поощрение - это сигнал о состоявшемся самоутверждении, потому что в нем содержится общественное признание того подхода, того образа действия и того отношения к действию, которые избраны и реализуются. Чувство удовлетворения, которое испытывает поощренный, вызывает у него прилив сил, подъем энергии, уверенность в своих силах. Но самый главный эффект от поощрения - возникновение острого желания вести себя так и действовать таким образом, чтобы испытывать это состояние психического комфорта как можно чаще. В то же время поощрение не должно быть слишком частым, чтобы не привести к обесцениванию, ожиданию награды за малейший успех.

Один из наиболее старейших методов воспитания и обучения — это наказание. Встречаются рисунки тех древних лет дошедших до нас папирусах на темы педагогической практики. Наказание — это самоутверждение наоборот, оно пробуждает нужду поменять свое поведение, а при планировании дальнейшей деятельности — чувство опасения испытать на себе снова комплекс пренеприятных эмоций. Отчужденность от коллектива и от других, чувство отрешенности — это основное чувство наказанного. Оттого не советуются коллективные наказания, при которых формируются условия для единения на нездоровой основе. [4]

Контроль и оценка призваны мотивировать учащихся к обучению, достижению конкретных результатов в своей деятельности, воспитывать у него способности к самооценке и к самоконтролю. Впрочем, то в какой форме, будет реализовываться это педагогическое влияние, во многом определит желание или нежелание учиться, позитивное или негативное расположение к самому процессу контроля, и в финальном итоге, окажет влияния на отношение к себе.

Как составная часть процесса обучения контроль имеет: образовательную, воспитательную, развивающую, диагностическую, стимулирующую и управленческую функции.

Образовательная функция содержит то, что учитель регулярно наблюдает за учебной деятельностью, показывают достижения этой деятельности и вносит поправки в нее.

Воспитательная функция заключается в том, что регулярный оценка и контроль успешности оказывает содействие к появлению у учащихся осмысленной дисциплины, чувства ответственности, упорства в работе, долга; привлечения учащихся к взаимоконтролю благоприятствует к развитию у них принципиальности, коллективизма, справедливости, взаимоуважения.

Развивающая функция располагает, что аргументированию оценки учителем, взаимооценки и самооценки оказывает помощь к развитию у учащихся логического мышления, в частности, умение синтеза и анализа, обобщения и сравнения, конкретизации и абстрагирования, систематизации и классификации; в процессе контроля формируется память, развивается мыслительная деятельность и речь.

Диагностическая функция заключается в том, что преподаватель показывает успехи и недостатки в знаниях, умениях и опыте, выявляет их причины и предопределяет меры для поднятия качества обучения, предупреждения и преодоления неуспеваемости.

Стимулирующая функция рассчитывается на то, что хорошо мотивированная и объективная оценка успеваемости учащихся является важным им-

пульсом в учебной работе, которая перерастает в устойчивый мотив долга и ответственности.

Управленческая функция заключается в том, преподаватель обретает информацию о состоянии успеваемости на основе проверки, успехи и недостатки каждого обучающегося, что это ему дает возможность безошибочно скорректировать работу ученика и личную деятельность — реформировать методику преподавания, повысить качество организации обучения.

Все функции связаны и имеют комплексный характер.

Тема о содержании контроля имеет ценное значение для науки. В отечественной педагогике считается, что знания подлежат проверке. Навыки и умения, учащихся растолковываются как на дидактическом, надпредметном уровне, так и на уровне предмета. Итоги проверки обучения, эмоциональные и социальные, когнитивные описываются в западной педагогике. [3]

### 1.3. Методы обучения

Методы обучения — это способы коллективной работы учителя и учеников, сконцентрированные на достижение ими образовательных целей.

Функциями и видами предопределяет их роль и место методов в обучении. Разделение методов обучения выступает ключевой поучительной проблемой. Не существует целостной классификации методов образования. Основанием для их систематизации в качестве поучительного инструмента, служит разделение методов обучения на группы. [13]

Метод включает аспектов значительно много, как многомерное образование, позволено методы классифицировать в систему взяв каждый из них за основу. В связи с этим имеется много сгруппированных методов, в которых последние объединяются на основе одной или нескольких общих. Разумеется, одни педагоги стали группировать методы по источникам знаний, иные — за дидактическими задачами, третьи — за логическими формами мышления, четвертые — за совокупностью этих признаков.

Обучение, которое согласуется с практикой и служит почвой для реализации, удачно предопределяет только ту группировку. [3]

Методы обучения, начало которых берет характер учебно-познавательной работы обучаемых в овладении ими усвояемого материала, делятся на 2 группы:

1. Репродуктивный (объяснительно — иллюстративный метод и репродуктивный метод), ученик осваивает готовые знания и повторяет (репродуцирует) деятельность, с которой он уже знаком.

2. Продуктивный (частично - поисковый метод и исследовательский) отличается тем, что ученик извлекает новые знания в итоге творческой деятельности.

Репродуктивные методы. Для обретения умений и навыков через систему заданий формируется занятие обучаемых по многократному повторению сообщенных им знаний и продемонстрированных способов деятельности. Преподаватель дает задания, а обучающийся их осуществляет — решают похожие задачи, составляют планы. От того, в какой степени сложное задание, от умения обучаемого зависит, как долго, сколько раз и с какими интервалами ему необходимо повторять работу. Словом, основным признаком репродуктивного метода являются, воспроизведение и повторение способа деятельности по образцу.

Продуктивные методы обучения. Формирование качеств творческой личности — это важнейшее требование. Исследование основных видов творческой деятельности демонстрирует, что при ее систематическом исполнении у человека основываются такого рода качества, как быстро ориентироваться в меняющихся условиях, искусство понимать проблему и не бояться ее новизны, продуктивность и нестандартность мышления, интуиция, находчивость, то есть такие качества, спрос на которые очень высок в настоящем и безусловно будет возрастать в дальнейшем.

В случае если, например, познавательная деятельность, сформированная учителем, обуславливает лишь усвоение готовых знаний и дальнейшие

их точное повторение, которое может быть и не воспринятым, то здесь при-  
суще место довольно пониженному уровню умственной активности и над-  
лежащей ему репродуктивный метод обучения. При максимальном уровне  
интенсивности мышления обучающихся, когда запас знаний извлекают в  
результате их личной творческой деятельности, метод обучения эмпириче-  
ский или более высокий — исследовательский. Такая классификация уна-  
следовала большое распространение. [9]

Условием действия продуктивных методов служит существование  
проблемы. Чтобы решить проблемы можно выделить 4 главных стадии:

1. Создание проблемной ситуации.
2. Анализ проблемной ситуации, определение проблемы и понимание  
ее в виде одной или нескольких проблемных задач.
3. Решение проблемных задач (задачи) путем выдвижения гипотез и  
последовательной их проверки.
4. Проверка решения проблемы.

Конкретизируем, что продуктивные методы не универсальны, не лю-  
бая учебная информация заключает в себе противоречие и показывают со-  
бой учебную проблему. В таком роде учебный материал нужно давать ре-  
продуктивными методами. [10]

Классификация методов обучения - это организованная по конкрет-  
ному признаку система. В нынешнее время известны десятки классифика-  
ций методов обучения. Следовательно, сегодняшняя дидактическая мысль  
созрела до понимания того, что не нужно устремляться к постановке единой  
и неизменной номенклатуры методов. Обучение — слишком подвижный,  
диалектический процесс. Затем, чтоб отражать эту маневренность и прини-  
мать во внимание изменения, система методов необходимо быть динамич-  
ной.

Традиционная классификация методов обучения, она сформирована  
еще в древних философских и педагогических системах и развитая для ны-  
нешних условий. Источник знаний является: общим признаком методов. Из-

давна таких источников известно три: наглядность, практика, слово. С изменением цивилизованного прогресса к ним подсоединилось еще одно — это книга, а в минувшие десятилетия все больше говорит о себе не бумажное издание, а источник информации, это видео в комбинации с последними компьютерными системами.

В данной классификации выделяется пять методов: практический (опыты, упражнения, учебно-производительный труд), наглядный (иллюстрации, демонстрации, наблюдения учеников), словесный (объяснение, рассказ, беседа, инструктаж, лекция, дискуссия), работа с книгой (чтение, обзор, цитирование, изложение, составление плана), видео-метод. (табл. 1)

Таблица 1- Классификация методов обучения

Практический	Наглядный	Словесный	Работа с книгой	Видео - метод
-Опыт -Упражнения -Учебно-производительный труд	-Иллюстрация -Демонстрация -Наблюдения учащихся	-Объяснение -Разъяснение -Рассказ -Беседа -Инструктаж -Лекция -Дискуссия -Диспут	-Чтение -Изучение Реферирование -Беглый просмотр -Цитирование -Изложение -Составление плана -Конспект	-Просмотр -Обучение -Упражнения под контролем «электронного учителя» -Контроль

Словесные методы занимают ведущее место в системе методов обучения. Были периоды, когда они являлись почти единственным способом передачи знаний. В настоящее время нередко называют их устаревшими, "неактивными". К оценке этой группы методов надо подходить объективно. Словесные методы позволяют в кратчайший срок передать большую по объему информацию, поставить перед обучающимися проблемы и указать пути их решения. С помощью слова учитель может вызвать в сознании людей яркие картины прошлого, настоящего и будущего человечества. Слово активизирует воображение, память, чувства учащихся.

Под наглядными методами обучения понимаются такие методы, при которых усвоение учебного материала находится в существенной зависимости от применяемых в процессе обучения наглядного пособия и технических средств. Наглядные методы используются со словесными и практическими методами обучения и предназначаются для наглядно-чувственного ознакомления обучающихся с явлениями, процессами, объектами в их натуральном виде или в символическом изображении с помощью всевозможных рисунков.

Практические методы обучения основаны на практической деятельности обучающихся. Этими методами формируют практические умения и навыки. К практическим методам относятся упражнения. [8]

*Классификация методов по типу (характеру) познавательной деятельности* (М.Скаткин, И.Лернер). Тип познавательной деятельности подразумевает под собой уровень самостоятельности познавательной деятельности, которого достигают обучающиеся, работая по заданной схеме обучения. Такая характеристика имеет тесную взаимосвязь с уровнем умственной активности учеников. В данной классификации выделяются такие методы:

- объяснительно-иллюстративный (информационно-рецептивный);
- репродуктивный;
- проблемное изложение;
- часть-поисковый, или эвристический метод;
- исследовательский.

*Объяснительно-иллюстративный, или информационно-рецептивный, метод*, основное назначение которого состоит в организации усвоения учащимися знаний в готовом виде. Учитель сообщает готовую информацию разными средствами, а учащиеся воспринимают, осознают и фиксируют в памяти эту информацию. Объяснительно-иллюстративный метод относится к наиболее экономным способам передачи накопленного человечеством обобщенного и систематизированного опыта подрастающему поколению. Учитель сообщает информацию с помощью устного слова (объяснение, рассказ, лекция), печатного слова (учебник), наглядных средств (картины, кино- и

диафильмы, схемы, натуральные объекты в классе и во время экскурсий), практического показа способов деятельности (показ опыта работы на станке, образцов склонения, способа решения задачи, доказательства теоремы, способов составления плана, аннотации и т.д.). [11] Знания, полученные в результате объяснительно-иллюстративного метода, не формируют навыков и умений. Для приобретения учащимися умений, навыков и достижения второго уровня усвоения знаний учитель с помощью системы заданий организует многократное повторение сообщенных им знаний и продемонстрированных способов деятельности. Учитель дает задание, а ученики их выполняют - решают сходные задачи.

В *репродуктивном методе обучения* выделяют признаки:

- знания учеником предлагают в "готовом" виде;
- педагог не только сообщает знания, а также объясняет их;
- учащиеся сознательно усваивают новые знания, понимают их и запоминают. Показателем усвоения представляется правильное воспроизведение полученных знаний;
- необходимая прочность усвоения создается посредством многочисленного повторения знаний

Таким образом, повторение и воспроизведение метода деятельности по заданиям ученика представляется основным признаком *репродуктивного метода обучения*. Данная методика подразумевает организующую деятельность обучающегося. Для улучшения эффективности репродуктивного метода психологи совместно с методистами создали комплекс упражнений, а также программируемые материалы, которые образуют обратную связь и самоконтроль.

Одни из самых важных преимуществ этого метода является экономность. Именно этот метод создает возможность передачи большого объема знаний, умений за небольшое время и с небольшими затратами усилий. Прочность знаний может быть вполне высокой за счет их многочисленного повторения.

Суть проблемного изложения состоит в том, что педагог выдвигает, обозначает проблему, сам ее решает, демонстрируя способы решения в ее настоящих, но доступных для понимания учеников противоречиях, раскрывает ход мышления в ходе решения проблем.

Назначение данного метода заключается в том, что педагог демонстрирует образцы научного решения проблем, а учащийся не только воспринимает, понимает и запоминает готовые решения, но и отслеживает логику доказательства, за ходом мысли учителя или иного средства (телевидение, кино, книга), контролирует ее убежденность, сам убеждается в правильности такого анализа. У него появляется, вопрос относительно убежденности и логики, как доказательство, так и самого решения, он сам принимает участие в прогнозировании следующего этапа мышления, опыта и так далее.

Сущность частью поискового (эвристического) метода обучения выражается в следующих особенностях:

- знания учеником нужно получать самостоятельно;
- учитель организует не изложение или сообщение знаний, а поиск новых знаний при помощи различных средств;
- ученики под руководством педагога самостоятельно рассуждают, решают познавательные задачи, формируют и решают проблемные ситуации, сравнивают, анализируют, делают выводы, в результате чего в них формируются осознанные прочные знания.

Педагог конструирует задачи, подразделяет их на вспомогательные, планирует схему поиска, а сам план осуществляет ученик. Пользуясь данным методом, учитель применяет различные средства - устное слово, опыт, таблицы, картины, натуральные объекты и так далее.

Суть исследовательского метода обучения предполагает следующее:

- педагог совместно с учениками обозначают проблему, на решение которой определяется конкретное время;

- знания учеником не сообщаются. Учащиеся самостоятельно получают их в процессе решения заданных проблем, сопоставляя разные варианты полученных ответов.

- деятельность педагога требует оперативного управления процессом решения проблемных задач;

- процесс обучения определяется высокой интенсивностью, в ходе обучения возникает повышенный интерес, полученные знания характеризуются большей глубиной, действенностью, прочностью.

Исследовательский метод подразумевает под собой творческое усвоение знаний, реализует важные функции. Он предназначен для того чтобы, прежде всего, предоставить теоретическое применение знаний, а также, овладение методиками научного познания в ходе нахождения данных методов и применения, кроме того, он способствует формированию творческих характеристик деятельности; является условием развития интереса, необходимости в такой деятельности.

Учитывая данные функции, суть исследовательского метода можно трактовать как метод организации поисковой и творческой деятельности учеников, которая направлена на решение новых для них проблем. Учащиеся решают проблемы, которые обществом уже давно решены.

Его недостатки – большие затраты энергии и времени учеников и учителей. Применение исследовательского метода требует высокого уровня педагогической квалификации учителя и соответствующей подготовки обучающихся.

Помимо данной классификации существует много других классификаций методов обучения.

Овладение методами обучения в ходе передачи знаний составляет одну из важнейших задач процесса обучения. В ходе обучения способности к запоминанию новой информации у обучающихся не только формируются, но и развиваются.

#### 1.4. Функции методов обучения

Принято выделять следующие общепедагогические функции методов обучения: учебную, воспитательную, развивающую, стимулирующую - мотивационную, контрольно-коррекционную.

Учебная функция предусматривает способы поисков эффективного усвоения учащимися объема предусмотренных учебной программой знаний, умений и навыков.

Воспитательная, будучи связанной с учебной, реализуется в двух направлениях:

1) на основе использования воспитательных возможностей содержания программного учебного материала,

2) на основе выработки в процессе достижения учебных целей волевых черт характера, формирования чувства внутреннего порядка и завершенности.

Развивающая вытекает непосредственно из сути учебной и воспитательной, поскольку отдельно развивающей деятельности нет. Однако различные методы по-разному влияют на различные сферы развития личности. Например, на умственное развитие обучающегося, его умение осуществлять разнообразные мыслительные операции (анализ, синтез, систематизация, обобщение и т. д.) большее влияние оказывают проблемно-эвристические, исследовательские методы обучения, чем репродуктивные.

Стимулирующе - мотивационная функция учебного метода заключается в использовании учителем таких приемов, действий и операций, которые способны вызывать у обучающегося те внутренние импульсы, которые помогают ему мобилизовать свою волю и внимание для достижения поставленных целей. Это, например, достигается за счет использования проблемных задач, эвристических вопросов, открытия, парадоксальности в явлениях.

Контрольно-коррекционная функция обеспечивает осуществление всех других функций методов обучения. Однако проблематичным является кон-

троль и коррекция мотивационной, воспитательной и развивающей функций. Относительный уровень их реализации можно определить только на основе анализа результатов учебной, трудовой деятельности обучающихся и их поведения. [7]

### 1.5. Основные принципы и приемы обучения пациентов с артериальной гипертензией

1. *Сбор информации о пациенте* и оценка исходного уровня умений и знаний пациента. При каждом контакте с пациентом, медицинская сестра получает о нем определенную информацию. Тем самым, сбор информации непрерывен. Всю данную информацию медицинская сестра оценивает и анализирует. Она выявляет, есть ли у пациента умения и знания, которые касаются его состояния, может ли пациент обучаться и так далее.

2. *Определение проблем пациента.* Собрав и проанализировав информацию, медицинская сестра выявляет сестринскую проблему: дефицит знаний о заболевании. После чего ей нужно определить методы решения этой проблемы, что и будет представляться содержанием следующих этапов обучения.

3. *Определение целей обучения,* планирование его содержания. Перед разработкой плана обучения медицинская сестра должна определить цели. Формулировка целей обучения должна быть направлена на 3 следующие образы: познавательную, психологическую и эмоциональную. Цели отражают то, что нужно выполнить пациенту, чтобы добиться результата.

Правильно поставленная цель должна содержать 3 элемента (аспекта):

- 1) то, что нужно сделать пациенту, то есть, результат обучения;
- 2) временные рамки - промежуток времени (или конкретная дата), на протяжении которого будет достигнута цель обучения;
- 3) при помощи кого или чего цель будет достигнута;

4. *Реализация плана обучения.* Для реализации намеченного плана медицинская сестра совместно с пациентом и/или его родственниками создают благоприятную для обучения обстановку, выбирают время его проведения. Для успешного обучения можно использовать следующие методы:

- *демонстрация* - медицинская сестра показывает навыки самоухода или взаимоухода (измерение АД и т.д.); четкая повторяющаяся демонстрация каждого этапа навыка является важным средством достижения целей обучения;

- *консультирование* - медицинская сестра наблюдает со стороны, как пациент выполняет конкретный навык и при затруднении или на сложных этапах оказывает ему консультативную помощь;

- *разыгрывание ролей* - очень эффективный метод обучения, особенно социальным навыкам; при этом методе лучше осознаются возможности пациента и трудности самоухода в бытовой обстановке, вырабатываются новые навыки, повышается уровень самосознания, находят новые решения проблемы.

Схема обучения состоит из пяти этапов:

- 1) изложение необходимой информации;
- 2) повторение пациентом всего, что он запомнил;
- 3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить;
- 4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медицинской сестрой навыка;
- 5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом навыка от начала до конца.

Каждая ступень этой схемы может повториться по несколько раз, пока пациент не усвоит запланированный материал. Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к устойчивому навыку.

В процессе обучения необходимо постоянно поддерживать у обучаемых интерес, задавать им наводящие вопросы или строить беседу по прин-

ципу «вопрос - ответ», подчеркивать информацию важную для пациента. В конце беседы важно коротко повторить всю основную информацию.

Медицинской сестре нужно убедиться, что обучаемые правильно поняли передаваемую информацию. Для этого она систематически проверяет и оценивает их знания и умения.

5. *Оценка результатов обучения.* После реализации плана обучения медицинская сестра оценивает результат, т.е. соотносит его с поставленными целями. Оценка может быть следующей:

1. Пациент прекрасно овладел информацией и получил прочные знания (понимает важность и смысл информации и может индивидуально реализовать знания);

2. Пациент плохо усвоил информацию и знания; при данных обстоятельствах медицинской сестре нужно проверить точно ли поставлены цели и планирования, внести надлежащие изменения;

3. Пациент не выработал навыки и/или не усвоил информацию.

В последнем случае медсестра неверно выстроила полный процесс обучения, не сформировало цели или план обучения, составила неосуществимый и невыполнимый.

Самооценка может быть: совпадающей с оценкой медицинской сестры, адекватной; нестабильной; завышенной; сниженной.

При любой оценке необходимо стимулировать, пациента и тем самым поддержать его интерес к обучению.

Следовательно, для достижения высоких результатов нужно:

- 1) точно выраженная цель обучения;
- 2) вразумительные побуждения к приобретению знаний пациентом;
- 3) обязательная практическая отработка полезных знаний;
- 4) умение слушать;
- 5) настойчивость и терпимость;
- 6) поощрение за успехи в обучении;
- 7) учет состояния пациента во время обучения.

Способствуют плодотворному обучению больных и их близких, повышению качества их жизни, это понимание медсестрой задач, целей и принципов обучения, умение воспользоваться разными способами, методы и средства обучения. [1]

Помогает пациенту изменить свое поведение и управлять заболеванием, целый ряд педагогических приемов,

В первую очередь, больным в процессе обучения нужно поставить только простые, достижимые цели. Причиной мотивации позитивного поведения также может быть ощущение хорошего самочувствия. Вероятно, что люди, получающие положительные результаты разных медицинских рекомендаций, больше расположены к проведению этих мероприятий. Уверенность человека в пользе этих мероприятий само по себе усиливает и подкрепляет многократное их повторение.

Выгодным является заключение с больным «контракта». К примеру, измерять артериальное давление 2 раза в день «всего лишь в течение 2-х недель». За это время пациент осознает, что неоднократный самоконтроль не затруднителен, как ему представлялось, а очень полезен, и по собственной инициативе продолжает его. При неудаче разрешается поменять тактику в соответствии с возможностями данного больного.

По перемене поведения все затруднения, медицинским сестрам нужно принимать положительно. Каждое препятствие и ошибки могут демонстрировать собой положительный опыт, и их следует во что бы то ни стало обговаривать с пациентом. Трудности могут быть действительными или сфантазированными и заключают в себя понимание недоступности, сложности или неудобства в осуществление определенных действий. Познавательная деятельность пациента и медицинской сестры предполагает применение разных ситуаций в качестве стимулирующих мотивов. Данная форма взаимодействия пациента и медицинской сестры предполагает поиск и экспериментирование для достижения общей цели. [2]

## 1.6. Значение «Школ здоровья» в жизни людей с артериальной гипертензией

Для пациентов школа здоровья, с артериальной гипертензией – это медицинская профилактическая услуга, которая фиксируется в официальной учетно-отчетной медицинской документации.

Обязательным условием организации школ значителся присутствие в учреждении обученного медперсонала и методическое обеспечение, включенное в организационно — методическое письмо Минздрава России «Организация школ здоровья для пациентов с АГ в исходном звене здравоохранения».

Дает возможность расширить сферу воздействия врача от лечения болезни к профилактике, это обучение пациентов. В этом случае медицинский контроль над заболеванием дополняется контролем факторов недомоганий, оказывающих воздействие на здоровье и ход заболевания обусловленных образом жизни пациента, его привычками, особенностями поведения.

При образовании обучающихся технологий ценно осознавать, чему и зачем необходимо инструктировать пациентов, так как осведомленное, осмысленное и инициативное участие пациента в лечебном и профилактическом процессе служит началом успешного контроля за болезнями и за здоровьем. [19]

Такое заболевание как АГ имеют огромное количество людей. Особенно подвержены данному заболеванию люди старшего возраста. К сожалению, современная медицина не в силах полностью излечить этот недуг. Придумано множество способов, средств как традиционных, так и не традиционных по борьбе с этой болезнью.

Фармакология создала множество препаратов, облегчающих симптомы АГ. Сегодня на рынке огромное количество средств, способных помочь людям облегчить течение гипертонических кризов, осложнений и т. д. Врачи

предлагают различные схемы лечения АГ, комбинируя препараты в различных сочетаниях.

Но к великому сожалению на приеме терапевта недостаточно времени для полного разъяснения пациентам, что такое АГ, к каким осложнениям она может привести, почему необходимо строгое соблюдение всех правил приема препаратов, диеты и т. д.

Как правило, пациентам назначают схемы лечения, не объяснив важность четкого соблюдения приема лекарственных средств. Так же из-за недостатка времени врачам пациентам не разъясняются (либо разъясняются, но не в полном объеме) факторы риска АГ, диета при АГ, физические нагрузки и т. д. Так же не разъясняется, почему нужно принимать препараты даже когда у пациентов ощущение полного соматического здоровья.

В итоге около 30% населения земного шара отмечающих у себя повышенное АД, из этого контингента 2/3 страдают стойкой артериальной гипертензией, 1/3 – пограничной артериальной гипертензией [25], при этом имеют минимальное представление об этой болезни, факторах риска и правильном поведении при данном недуге. Отсюда мы имеем множество осложнений, частое возникновение гипертонических кризов, а иногда летальные исходы.

Известно, что факторы риска АГ подразделяются на модифицируемые и немодифицируемые. В свою очередь, большинство модифицируемых факторов риска относятся к поведенческим: несбалансированное питание, избыточное потребление поваренной соли, курение, низкая физическая активность, стресс, низкая приверженность к лечению, избыточная масса тела. Профилактические программы в отношении пациентов с АГ должны быть направлены, в первую очередь, на коррекцию поведенческих факторов риска. Этого можно достигнуть только путём повышения информированности населения, и, особенно, пациентов с АГ о вышеперечисленных факторах риска, повышения мотивации к оздоровлению образа жизни и формирования партнёрства между пациентом и врачом в долговременном контроле АГ. В целом ряде проведенных в России исследований по изучению информированности неоднократно

подчеркивался недостаточный уровень знаний населения и больных АГ по вопросам здоровья. [15]

Организация и проведение школ здоровья настоящий выход из сложившейся ситуации.

«Школа здоровья» сегодня — это современная профилактическая технология. Цель создания «школ здоровья» заключается в формировании у пациентов культуры заботы о своем здоровье. Основными задачами «школ здоровья» являются: повышение информированности пациентов о заболеваниях и факторах риска; информированность пациентов и формирование у них практических навыков по профилактике и лечению заболеваний; предупреждение осложнений заболеваний и повышение качества жизни пациентов; формирование активного отношения к заболеванию, мотивации к лечению и выполнению рекомендаций врача; создание мотивации к устранению нездоровых привычек; повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья; формирование у пациентов умений и навыков по контролю за состоянием своего здоровья; формирование у пациентов навыков здорового образа жизни; повышение приверженности к лечению; формирование мотивации к выздоровлению; формирование навыков по оказанию экстренной само- и взаимопомощи при угрожающих жизни состояниях; воспитание и подготовка активных помощников, готовых в дальнейшем распространять полученные знания среди своих родственников и друзей. [17]

Все эти навыки пациент получает по средствам очень интересных и увлекательных занятий. За несколько дней люди приобретают знания о своей болезни, что впоследствии уменьшает риск осложнений. Ссылаясь на возраст обучающихся, у школы есть некоторые особенности по преподаванию материала. На занятиях затрагивают только самые основные проблемы пациентов, без углубления в детальную медицину.

Школы здоровья очень важны для пациентов не только получением знаний, но и общением группы людей, объединенных одной проблемой. Как пра-

вило, психологический фактор в развитии гипертонических кризов играет важную роль и зачастую элементарные стрессы могут вызвать криз.

Кроме того, говоря о финансовой стороне, школа здоровья не потребует больших затрат у поликлиник. Поскольку никакого специального оснащения для организации таких школ не требуется. Подойдет та техника, которая уже имеется в поликлинике.

Данные занятия могут проводить фельдшеры, что так же снижает затраты данного мероприятия. Так же школа АГ полезна еще и тем, что посетители занятий в любом случае будут распространять полученную информацию среди знакомых, родных, друзей, что так же благоприятно отразится на течении АГ у большого количества людей, даже среди тех, кто не посещал занятия.

Школа здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями должна отражать сферу интересов пациента и включать комплекс мер (постановку диагноза и профилактические меры, оценку рисков, оценку прогноза, качества жизни, последствия, эффективность, стабильность результата, психоэмоциональный статус пациента и родственников, социальную ответственность врача, этические аспекты медицинской помощи и пр.).

Речь не идет о том, чтобы всю ответственность переложить на плечи пациента и/или его родственников. Первичная ответственность, безусловно, возлагается на медперсонал и требование обоснованного качества медицинской помощи с учетом стартовых возможностей ЛПУ безусловно.

Но при этом нельзя позволить пациенту безответственно относиться к своему здоровью. Практика показывает, что очень часто титанические усилия врачей и медперсонала сводятся на нет по вине пациента или его родственников. Идея школы для пациента – взаимная ответственность пациента и медперсонала, культура поддержания и улучшения здоровья, культура общения.

Однако создание школы здоровья возлагает на ЛПУ дополнительные обязанности: обучение пациента, разработка дневника пациента и процедуры поддержания и/или улучшения состояния. Это все увеличивает время общения с каждым конкретным пациентом. Сложно решить эту проблему в нашей

реальной действительности, когда в муниципальных ЛПУ нормы времени, отведенного на прием пациента неприемлемо малы. [22]

Развитие школ здоровья играет важную роль, как для самих пациентов, так и для врачей, ведь если на прием будут приходиться люди, знающие все о своем заболевании, то не будет необходимости выделять лишнее время на разъяснение осложнений, факторов риска и т. д., что приведет к уменьшению очередей.

В итоге можно сделать вывод, что школа здоровья не просто полезна, а необходима для любой поликлиники. Школы здоровья приносят пользу, как самим пациентам, так и их родственникам, знакомым.

При организации и проведении школ здоровья по АГ внимание так же уделяется методам воздействия на приверженность к терапии, что является очень важным в лечении пациентов с данной болезнью.

Рассмотрим виды методов воздействия на приверженность (табл. 2).

Таблица 2 - Виды методов воздействия на приверженность

Психологические	Беседа с пациентом; Коррекция вида терапии (фиксированные комбинации препаратов); Регулярные визиты к врачу; Возврат блистеров; Беседа с родственниками.
Социальные	Школа АГ; Дневники самоконтроля; Памятки
Технологические	Самоконтроль АД
Комплексные	Сочетание психологических, социальных и технологических методов воздействия

Приверженность пациента к лечению, то есть степень соответствия между его поведением и рекомендациями врача, в настоящее время рассматривается как один из факторов, определяющих прогноз заболевания. Оценить приверженность и контролировать ее крайне сложно, поскольку каждый из существующих методов имеет весомые недостатки. Поэтому на всех этапах лечения врач должен сделать все возможное для того, чтобы пациент был мотивирован для выполнения назначений.

Приоритетными в деятельности медицинского персонала являются следующие моменты:

- необходимость контроля над пациентами в течение первого года после назначения препаратов или выписки из стационара;
- предоставление необходимой информации о целях и длительности терапии, о возможных побочных эффектах новых препаратов при выписке рецепта;
- соблюдение согласованности в рекомендациях врачей, вовлеченных в лечение больного.

Для того чтобы нацелить пациента на долгий прием необходимого и комплексного лечения в первую очередь нужны знания, которые пациент получает в ходе посещения школ здоровья. В данном случае речь идет о том, что медицинский работник не останавливается на объяснении возможных причин недостаточной приверженности, а попытается подобрать более весомые доказательства и действенные методы мотивации пациента для того, чтобы он продолжал дальнейшее лечение. Необходимо так же обратить внимание на то, что значимость некоторых причин низкой комплаентности пациентов к лечению приукрашивается. Можно привести такой пример как: зарубежные исследования показали, что цена лекарственных средств не является самым главным доказательством для того, чтобы пациент отказался от их приема. Забывчивость больных, взгляды окружающих его людей, а самое главное недостаток знаний о значимости и важности предложенного лечения – на все эти факторы врач может, а главное должен благополучно влиять. [23]

Так же среди методов повышения приверженности к лечению у больных с артериальной гипертензией наиболее изучены обучение пациентов, улучшение схемы дозирования медикаментов и улучшение взаимодействия между врачами и пациентами.

Исследования эффективности образовательных программ, ориентированных на пациентов, выявили значимое влияние подобных вмешательств на снижение АД, по средствам проведения школ здоровья.

Улучшение схемы дозирования медикаментов включает в себя, прежде всего, уменьшение кратности приема лекарств в течение суток и упрощение инструкций по их применению. Сократить количество приемов антигипертензивных средств можно путем использования фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов.

Среди путей улучшения взаимодействия между врачами и пациентами следует перейти к сотрудничеству при обсуждении стратегии и тактики лечения. Когда возможно, следует поддерживать самостоятельное измерение АД и ведение дневника наблюдений самим пациентом. Определенные перспективы в плане улучшения взаимодействия между врачами и пациентами и повышения приверженности к лечению открывает индивидуализация терапии, разъяснение устоявшихся заблуждений, активное выявление нежелательных лекарственных явлений, представление рекомендаций в письменном виде. [16]

## 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Характеристика НУЗ «УП на ст. Красноуфимск ОАО «РЖД»

История железнодорожной больницы на станции Красноуфимск начинается с началом строительства участка Московско-Казанской железной дороги (1914-1916 г.г.), её южного направления на участке Казань – Екатеринбург. По мере становления и развития железнодорожного узла развивалась и железнодорожная медицина.

На основании изучения сохранившихся книг приказов по персональному учету кадров железнодорожной спецambuлатории, а затем поликлиники, больницы на станции Красноуфимск начиная с приказа № 81 от 01.12.1927 года, публикаций о строительстве железнодорожной магистрали на участке Казань-Екатеринбург, воспоминаний родственников первых медицинских работников-железнодорожников (дочь и внука выездной фельдшера-акушерки Антоненко Марии Деомидовны), шуточного буклета к 40-летнему юбилею Антоненко М.Д, воспоминаний ветеранов железнодорожной больницы можно считать, что начало железнодорожной медицины на станции Красноуфимск относится примерно к 1914 – 1916 годам.

Поликлиника является крупным лечебно-профилактическим учреждением медицины, оснащенным новейшим лечебно-диагностическим оборудованием, имеет лицензии на все виды работ. Штат сотрудников состоит из квалифицированного медицинского персонала. Высокое качество лечебно-диагностической, консультативной, реабилитационной и профилактической помощи, профессионализм врачей и медицинских сестер, внимательное отношение к проблемам здоровья людей создали нашей поликлинике отличную репутацию среди пациентов.

Полезная площадь 1284,5 квадратных метров. Фактическая посещаемость поликлиники 400 посещений в смену. Численность обслуживаемого населения 12276 человек.

С 1996 года поликлиника работает в условиях страховой медицины по программе ОМС Свердловской области.

С 2003 года поликлиника работает по программе ДМС.

В структуру НУЗ «УП на ст. Красноуфимск ОАО «РЖД» входят:

1. Консультативно - диагностическое отделение.
2. Терапевтические участки.
3. Вспомогательно -диагностическая служба.
4. Отделение дневного стационара.
5. Стоматологическое отделение.

В действительности, при функциональной структуре исполнители единовременно подчиняются линейным и функциональным руководителям. Вместе сочетает в себе качества линейной структуры и является трансформацией функциональной - это линейно - функциональная структура. В такой структуре на линейного руководителя возлагается главная доля власти, он принимает решения в рамках назначенных ему полномочий, по части любых действий своих подчиненных. Также есть и функциональные руководители, они советуют и помогают ему принять безошибочное решения, подготавливая их варианты; весьма формальный характер все же носит их руководство, хотя это входит в их полномочия. Собственно говоря, линейный руководитель осуществляет функции координатора между разными функциональными подразделениями.

Преимущества линейно-функциональной структуры:

1. Исключает противоречия в выводах и распоряжениях, когда функции координатора исполняет линейный руководитель.
2. Для любого из работников единственным руководителем является линейный руководитель. Как следствие – сильнее мотивация и не имеется возможности избежать исполнения своих обязанностей.
3. При функциональной структуре остается тот же уровень осведомленности решений.

Недостатки линейно-функциональной структуры:

1. Чрезмерные сложные вертикальные отношения в организации.
2. На горизонтальном уровне, наоборот, чрезмерно слабо развиты отношения, потому как в итоге линейный руководитель принимает решения. В таком отношении функциональная структура более безупречна, потому как она гарантирует «складность» действий подразделений, совмещенных процессом производства (во всяком случае, в каждой из областей, за которые отвечают функциональные службы).
3. Линейный руководитель, вынужден осуществлять эффективное регулирование, фактически оказывается перегруженным из-за неизбежности принимать решения стратегического характера.
4. Любые звенья в рамках линейно-функциональной структуры устремляются к решению задач, которые поставлены перед ними, но не к завоеванию целей, стоящих перед учреждением в целом.
5. Ввиду того, что линейный руководитель не может в соответствующей степени согласовывать деятельность подчиненных, то и линейно-функциональная структура малоиспользуемая в больших компаниях.

Основными задачами организации являются сохранение высокого уровня оказания медицинской помощи, улучшение методов организации работы, введение инновационных методов диагностики и лечения, приобретение современной аппаратуры, совершенствование материально-технической базы, формирование условий для удобства и комфорта при посещении поликлиники.

## 2.2. Анализ персонала

По своему составу персонал больницы разнообразен и подразделяется на следующие категории:

- врачи;
- средний медицинский персонал;

- младший медицинский персонал;
- прочий персонал.

В НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Красноуфимск ОАО «РЖД» работают 174 работника, из них 20 врачей, 108 человек среднего медицинского персонала, 11 человека младшего медперсонала и 35 работников вспомогательных служб (табл. 3).

Таблица 3 - Штат НУЗ «УП на ст. Красноуфимск ОАО «РЖД»

Наименование должности	2014	2015	2016
Врачи	19	19	20
Фельдшеры	15	13	14
Медсестры	91	90	94

Как показано в таблице 4, наибольший удельный вес занимают лица, имеющие возраст от 31 и до 40 лет – 28,9%, так же большое количество работников больницы до 30 лет – 28,2%, доля лиц в возрасте от 50 лет – 21,8 %, в таком же процентном соотношении находятся лица в возрасте от 41 до 50 лет – 21,1%. То есть, в больнице преобладают работники в возрасте от 30 до 40 лет, что говорит о том, что в больнице преобладают тенденции к работе в среднем возрасте.

Таблица 4 - Статистика персонала по возрасту

Возраст	Врачи	Фельдшеры	Медсестры
до 30 лет	1	6	29
от 31 до 40	2	2	33
от 41 до 50	9	1	17
старше 50	8	5	15

В поликлинике 21,8% численности имеют законченное высшее образование, среднее специальное образование имеет 75,2% от всего числа сотрудников, 3% сотрудников имеют лишь начальное образование (табл.5).

Таблица 5 - Характеристика медицинского персонала больницы по образованию

Показатели	2014	2015	2016
Численность персонала	168	170	174
Не имеющие среднего специального образования	7	7	5
Среднее - специальное	127	127	131
Высшее образование	34	36	38

В НУЗ «Узловая поликлиника на ст. ОАО «РЖД» 47% численности медицинских работников имеют высшую квалификационную категорию, 14% первую, 16,4% вторую категорию и 22,6% от всего числа сотрудников квалификационной категории не имеют (табл. 6).

Таблица 6 - Структура персонала по квалификационным категориям

Наименование должности	Численность	Квалификационные категории
Врачи	20 чел	высшая-8 первая-4 вторая-7
Медсестры	94 чел	высшая-46 первая-13 вторая-12
Фельдшеры	14 чел	высшая-6 первая-1 вторая-2

Состав персонала НУЗ «Узловая поликлиника на ст. ОАО Красноуфимск «РЖД» разнообразен, преобладают сотрудники среднего возраста. Большинство сотрудников имеют высшую квалификационную категорию.

### 2.3. Материалы и методы исследования

В ходе исследования с помощью социологического опроса методом анкетирования были опрошены 9 пациентов НУЗ «Узловой поликлиники на ст. Красноуфимск ОАО «РЖД». Опрос проводился до и после проведения занятий. Возраст опрошенных: 50-57 лет- 2 человека, 58-64 лет- 5 человек, 65-76

лет-3 человека (рис. 1). Пациенты, которые присутствовали на занятиях до этого никогда подобные мероприятия не посещали.

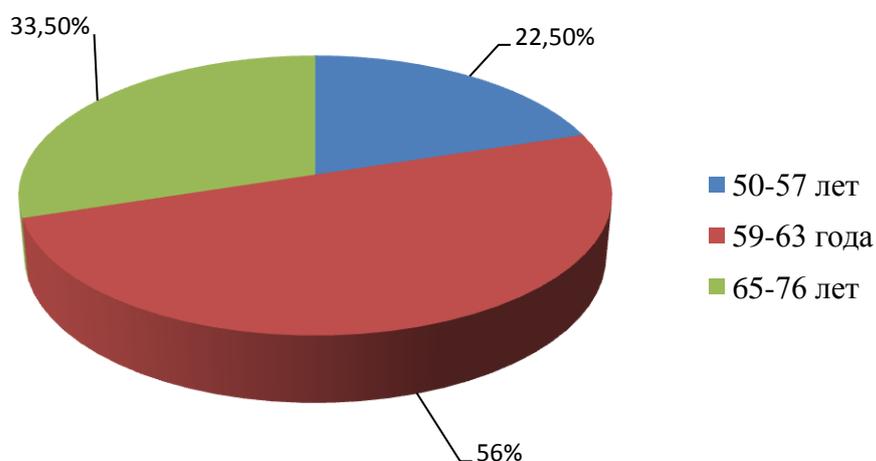


Рисунок 1 - Возраст пациентов, участвующих в исследовании

В обучении приняли участие 7 женщин и 2 мужчины. Соотношение мужчин и женщин по полу представлено ниже (рис. 2).

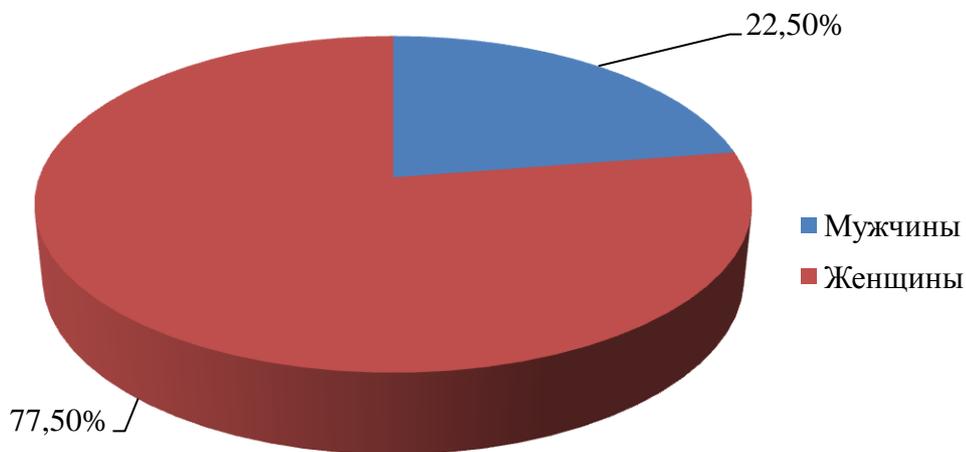


Рисунок 2 - Структура пациентов по полу

Анализ заболевания по длительности течения: 5-7 лет - 2 человека, 8-10 лет-3 человека, 13-20 лет-2 человека, 25-30 лет-2 человека (рис. 3).

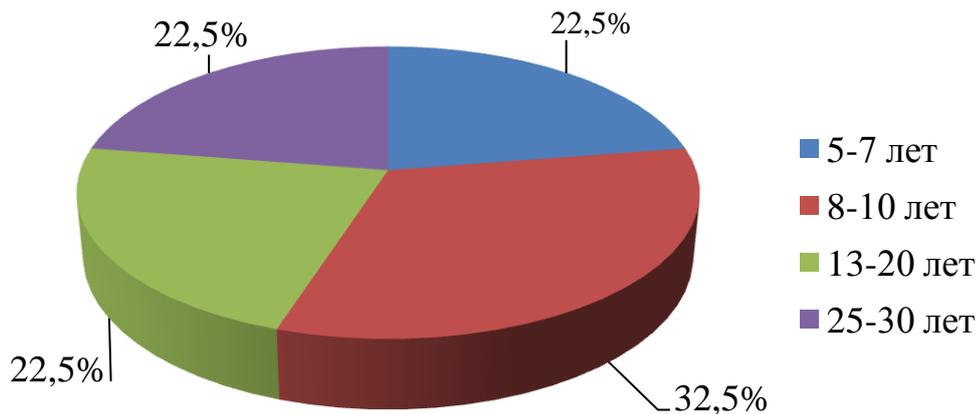


Рисунок 3 - Анализ заболевания по продолжительности

У некоторых из пациентов имеется сопутствующая патология. Два пациента кроме АГ страдают сахарным диабетом второго типа, один бронхиальной астмой, один из присутствующих перенес ОНМК. (рис. 4)

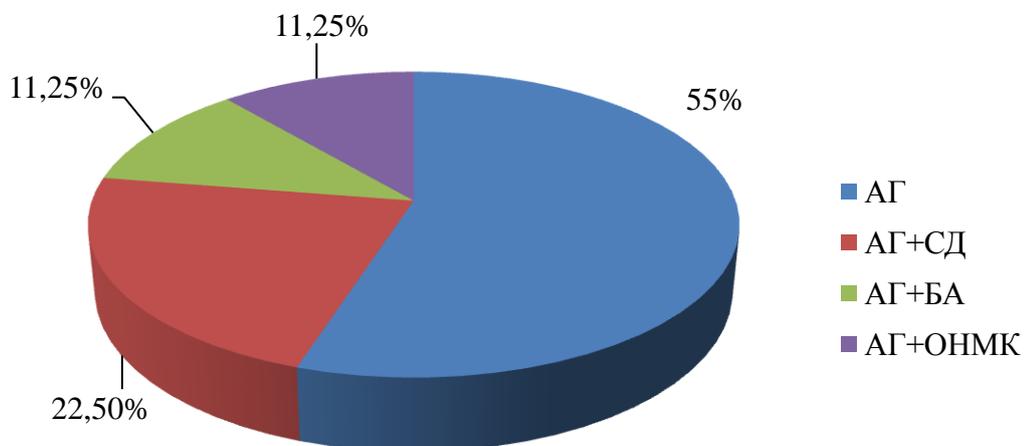


Рисунок 4 - Сопутствующая патология

Для проведения опроса была использована анкета из 20 вопросов по информированности пациентов об АГ (прил. 1) [28] и анкета по приверженности к терапии у данных пациентов (прил. 2) . [27]

## 2.4. Изучение информированности пациентов о заболевании

### 2.4.1. Анализ полученных результатов до проведения занятий

Анализ результатов анкетирования пациентов с АГ до обучения

При анализе полученных результатов были рассмотрены наиболее важные вопросы из предложенной анкеты, которые необходимо знать каждому человеку с таким заболеванием как АГ.

Был проанализирован уровень знаний пациентов о факторах, провоцирующих такое заболевание как АГ.

До проведения занятий только 22,2 % (2 человека) из общего числа пациентов ответили, что наследственность, курение, психоэмоциональное напряжение являются провоцирующими факторами АГ. Доля пациентов, которые посчитали, что активная физическая нагрузка, пол, хронический пиелонефрит составила 11,1%. Оставшиеся пациенты посчитали, что провоцирующими факторами являются избыточная масса тела, факторы окружающей среды, единичное повышение холестерина в крови, их 66,7% (рис. 5).

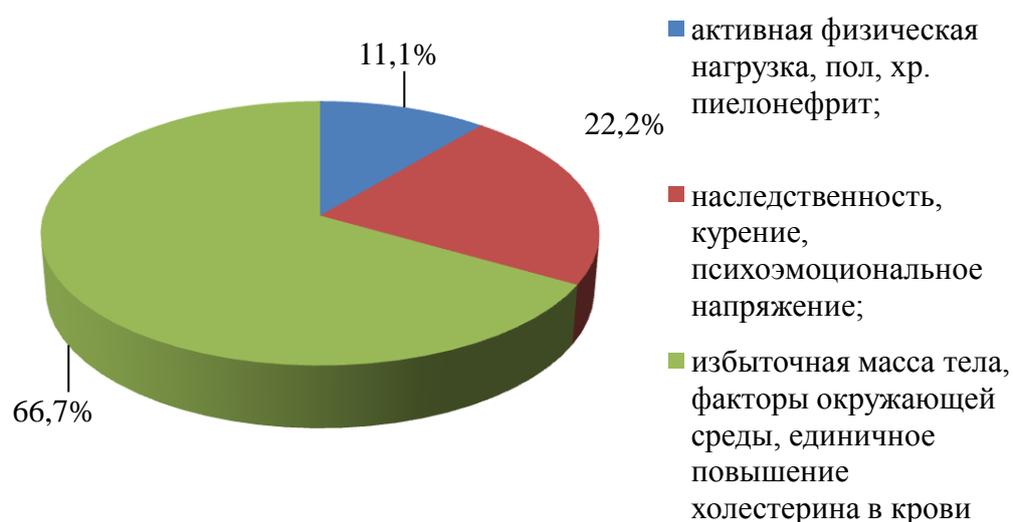


Рисунок 5 - Факторы, провоцирующие АГ

Так же был проанализирован уровень информированности пациентов по поводу органов, в первую очередь поражающихся в процессе течения АГ. Пациентам было предложено выбрать несколько правильных вариантов ответов.

До проведения занятий только 1 человек из общего числа пациентов смог выбрать все правильные варианты ответов, такие как: сосуды головного мозга, сердце, почки, что составляет 11%. Остальные пациенты выбрали не правильные варианты ответов, что составляет 79% из числа присутствующих (рис. 6).

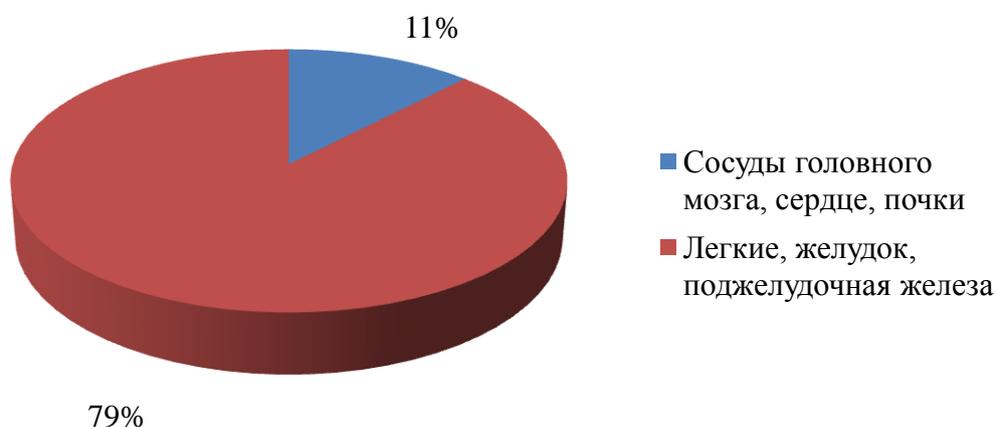


Рисунок 6 - Органы, которые поражаются во время течения АГ

При проведении анкетирования был проанализирован уровень знаний по отношению осложнений АГ.

До того, как до пациентов была доведена необходимая информация, только 22,2% ответили, что все варианты верны и это был правильный ответ. 22,2 % пациентов посчитали, что осложнением данного заболевания является инсульт, а большая часть пациентов посчитали, что только инфаркт, что составило 55,6% (рис. 7).

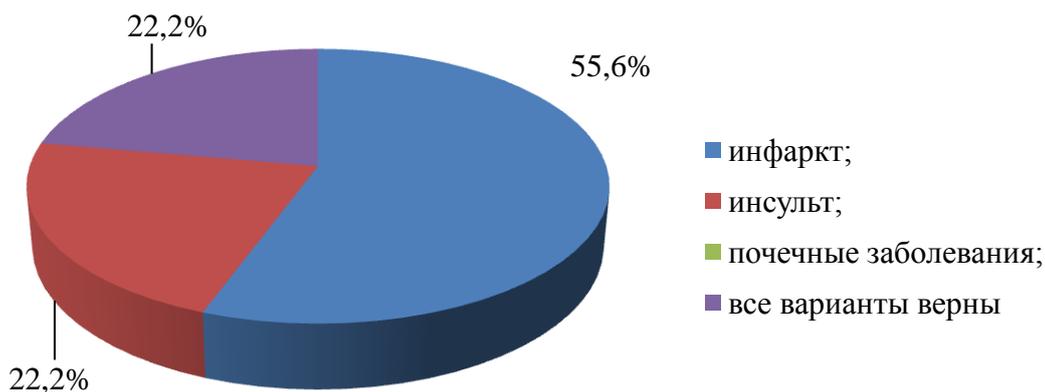


Рисунок 7 - Осложнения артериальной гипертензии

Пациентам был задан вопрос о том, как и когда они принимают препараты, снижающие АД. Выяснилось, что до обучения 22,2 % пациентов принимают назначенное лечащим врачом лечение по схеме, т. е. регулярно. При головокружении препарат принимают 11,1% пациентов. 55,6% из числа опрошенных принимают назначенное лечение при сильных головных болях. А 11,1% гипотензивных препаратов не принимают вообще (рис. 8).

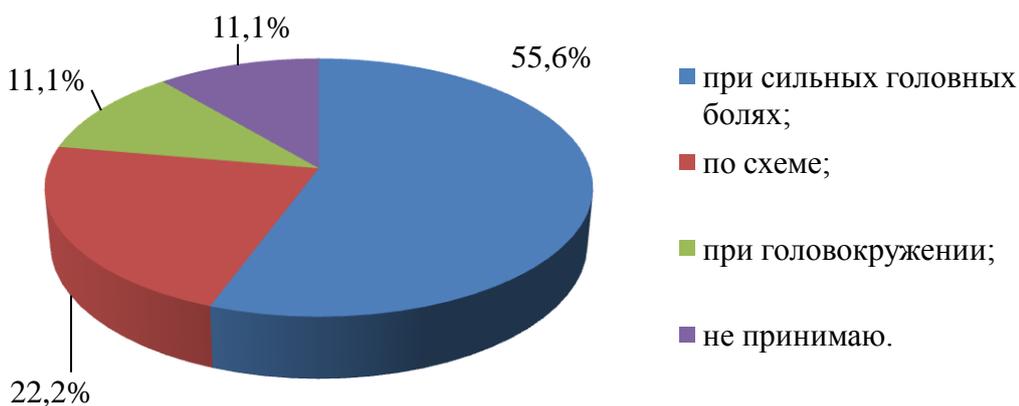


Рисунок 8- Прием назначенного лечения пациентами

Так же при опросе пациентов был проанализирован уровень информированности по поводу продуктов питания, являющихся наиболее вредными при АГ.

Выяснилось, что до того, как информация по АГ была доведена до сведения присутствующих, только 33,5% ответили на данный вопрос верно. 22% посчитали, что наиболее вредным продуктом являются животные жиры, 11% пищевые волокна и 33,5% пациентов наиболее вредным продуктом питания при АГ посчитали сахар (рис. 9).

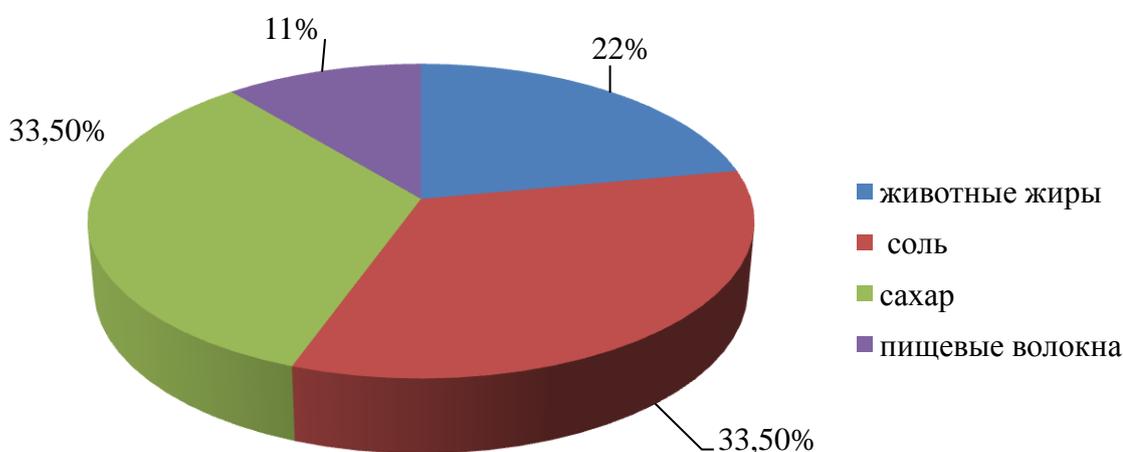


Рисунок 9 – Продукты питания, которые нужно исключить при АГ

Так же были проанализированы причины нерегулярного приема препаратов (рис.10). Из общего числа пациентов, к большому сожалению, только 2 человека принимают препараты, назначенные лечащим врачом, регулярно, что составляет всего лишь 22 % от общего числа опрошенных. Этот факт свидетельствует о крайне низкой приверженности присутствующих к назначениям и рекомендациям лечащего врача.

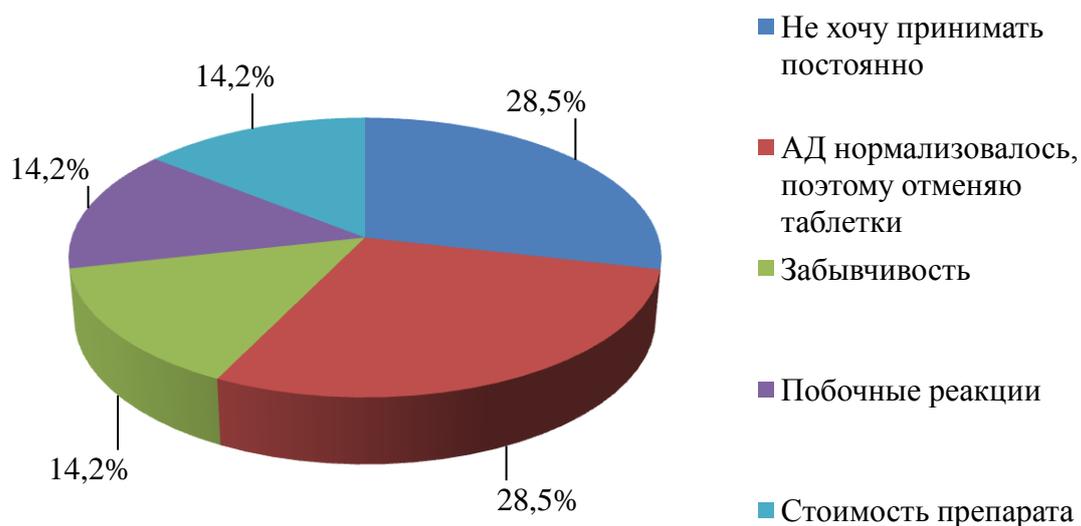


Рисунок 10 - Анализ причин нерегулярного приема препаратов

Остальные пациенты не принимают препарат по следующим причинам: забывчивость 14,2%; из-за возможных побочных реакций, перечисленных в инструкциях к препарату 14,2%; в виду высокой стоимости препарата 14,2%; из-за того, что артериальное давление нормализовалось 28,5%; не хотят принимать препараты постоянно 28,5% из числа опрошенных.

#### 2.4.2. Анализ проведения занятий

Для повышения информированности пациентов об АГ, лечении и профилактике осложнений были проведены 7 занятий в рамках школы здоровья. С этой целью была использована программа проведения занятий. Подробный план программы приведен в приложении №3. Подробно разберем первое занятие.

Цель первого занятия включает:

1. Донесение информации до пациентов о данном заболевании и факторах, влияющих на развитие такого заболевания как АГ, возможные осложнения и прогноз болезни.

2. Обучение пациентов анализу собственных факторов риска.

3.Обучение пациентов определению артериального давления, а также самоконтролю за артериальным давлением.

Занятие 1. Что надо знать об артериальной гипертонии? Продолжительность занятия составляет 60 минут.

Структура занятия:

1. Вводная часть – 15 минут

1.1. Знакомство, представление участников

1.2. Описание целей обучения

2. Информационная часть – 20 минут

2.1. Что такое артериальное давление и какой уровень артериального давления принято считать нормальным?

2.2. Что такое артериальная гипертония?

2.3. Течение артериальной гипертонии и ее проявления

3. Активная часть (вопросы-ответы) – 5 минут

ПЕРЕРЫВ – 5 минут

4. Информационная часть – 10 минут

4.1. «Органы-мишени» – основные понятия

4.2. Степень артериальной гипертонии – основные понятия

4.3. Факторы, способствующие повышению артериального давления

5. Выявление индивидуальных управляемых факторов риска

6. Информационная часть – 10 минут

6.1. Как правильно измерять артериальное давление? [30].

#### 2.4.3. Анализ полученных результатов после проведения занятий

При анализе полученных результатов были так же рассмотрены наиболее важные вопросы из предложенной анкеты, которые необходимо знать каждому человеку с таким заболеванием как АГ, для контроля за состоянием своего здоровья.

Был проанализирован уровень знаний пациентов о факторах, провоцирующих такое заболевание как АГ.

После проведения занятий уже 89% (8 человека) из общего числа пациентов ответили, что наследственность, курение, психоэмоциональное напряжение являются провоцирующими факторами АГ. То есть процент информированности по данному вопросу увеличился в 3 раза. Оставшиеся пациенты посчитали, что провоцирующими факторами являются избыточная масса тела, факторы окружающей среды, единичное повышение холестерина в крови, их 11% . Активную физическую нагрузку, пол, хронический пиелонефрит после полученной информации не выбрал никто (рис. 11).



Рисунок 11- Факторы, провоцирующие АГ

Так же был проанализирован уровень информированности пациентов по поводу органов, в первую очередь поражающихся в процессе течения АГ (органы - мишени). Пациентам было предложено выбрать несколько правильных вариантов ответов.

После проведенных занятий уже 55% опрошенных ответили на вопрос правильно и выбрали все необходимые варианты. Остальные пациенты выбрали не правильные варианты ответов, что составляет 45% из числа присутствующих (рис. 12).

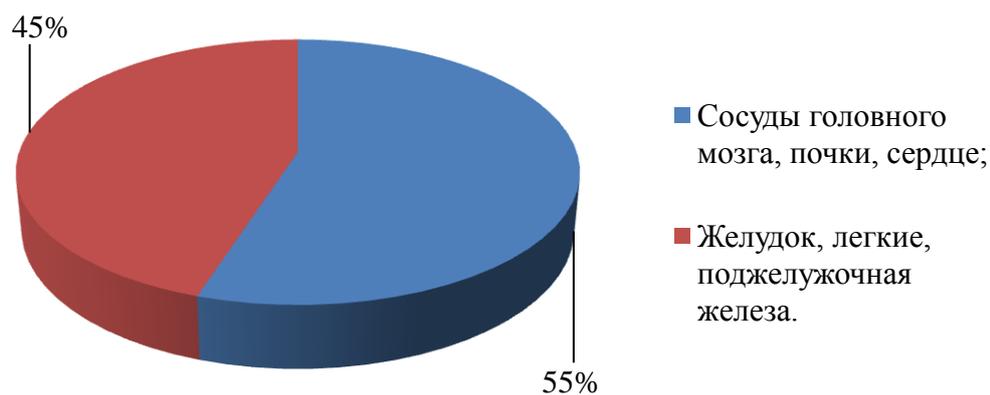


Рис. 12. Органы, которые поражаются во время течения АГ

При проведении анкетирования был проанализирован уровень знаний по отношению осложнений АГ.

После того, как до пациентов была доведена необходимая информация, уже 55,6% ответили, что все варианты верны и это был правильный ответ. 22,2 % пациентов посчитали, что осложнением данного заболевания является только инфаркт, а 11,1% пациентов посчитали, что только инсульт (рис. 13).

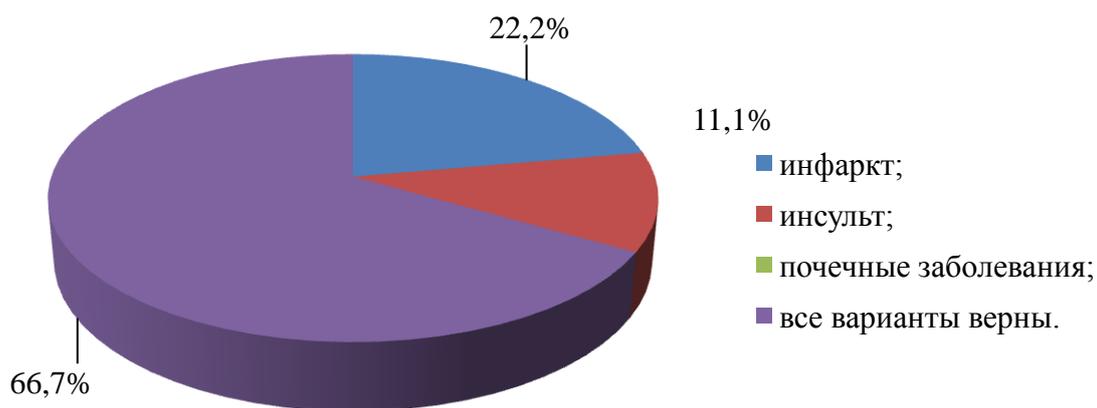


Рисунок 13 - Осложнения Артериальной Гипертензии

В ходе проведения анкетирования было выяснено, как и когда пациенты принимают препараты, снижающие артериальное давление.

После обучения 77,8% из общего числа присутствующих стали принимать препараты, так как рекомендовал лечащий врач, т.е. по схеме, а оставшиеся 22,2% до сих пор придерживались собственной точки зрения и принимали препараты только при сильных головных болях. Теперь таких людей, которые не придерживаются назначенного лечения нет (рис. 14).

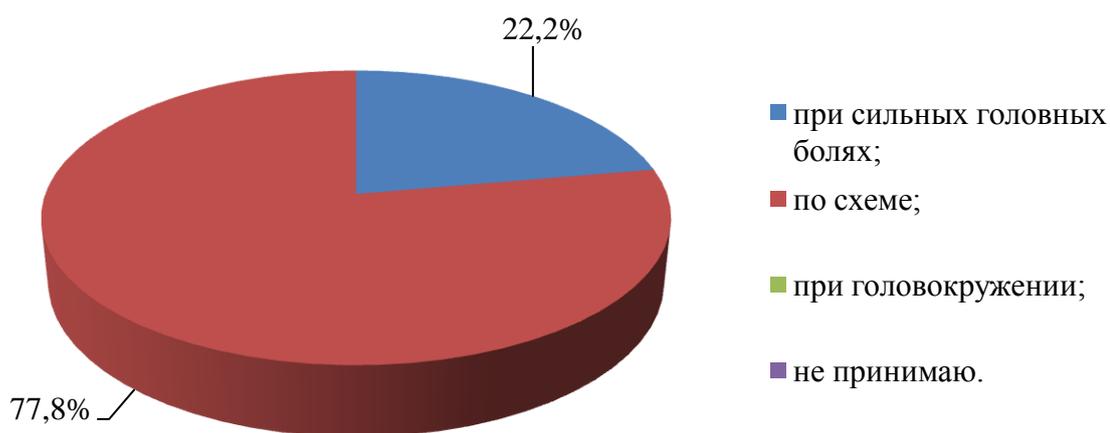


Рисунок 14 - Прием назначенного лечения

Так же при опросе пациентов был проанализирован уровень информированности по поводу продуктов питания, являющихся наиболее вредными при АГ.

После того как была проведена школа здоровья по АГ 100% людей на этот вопрос ответили верно и выбрали наиболее правильный вариант ответа (рис. 15).

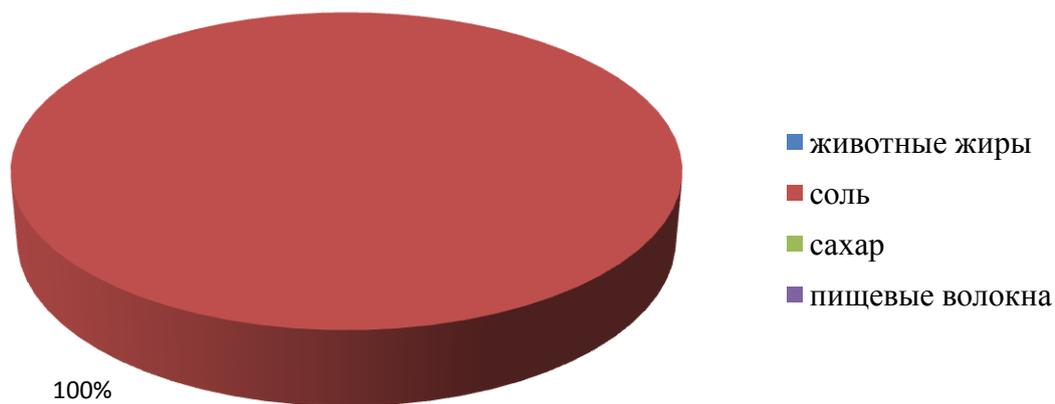


Рисунок 15 - Продукты питания, которые нужно исключить при АГ

После проведения школы здоровья было проведено анкетирование по поводу удовлетворенности пациентов школой здоровья (рис. 16). Анкета состоит из 23 вопросов (прил. 4).

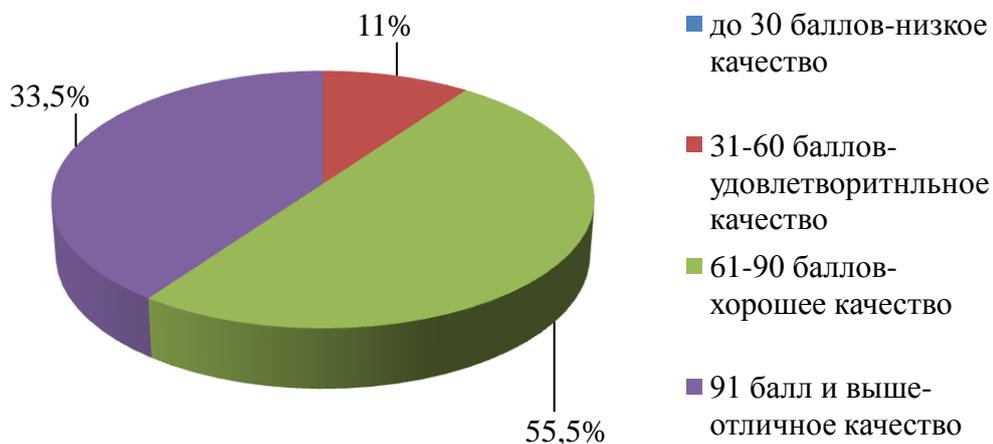


Рисунок 16 - Удовлетворенность пациентов школой здоровья

Из общего числа пациентов 33,5% считают, что качество проведенных занятий было отличным. Половина пациентов ответили, что качество занятий

хорошее. И только 11% из общего числа присутствующих посчитали качество занятий удовлетворительным.

На основании проведенных мероприятий сделаны следующие выводы по исследованию:

1. Информированность пациентов о факторах риска, такого заболевания как АГ после проведения занятий увеличилась на 66,7%.

2. После посещения занятий в школе здоровья по АГ, уровень знаний пациентов относительно органов-мишеней повысился на 44%.

3. Мнение пациентов об осложнениях, сопровождающих АГ, изменилось, и процент правильных ответов повысился на 44,5%.

4. В ходе проведения анкетирования было выяснено, что только 22% из общего числа пациентов до занятий принимали назначенное врачом лечение, что говорит о крайне низкой приверженности к лечению и назначениям врача. Приверженность больных к рекомендациям врача увеличилась на 55,6%, после посещения школы здоровья 7 из 9 пациент начали принимать назначенное лечение.

5. Удовлетворенность пациентов проведенными занятиями в рамках школы здоровья по АГ составила 89%, что свидетельствует о необходимости совершенствования школы здоровья.

6. Использование методов педагогического воздействия при проведении школы здоровья повышает информированность пациентов об АГ и приверженность к рекомендациям врача.

### 3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К НАЗНАЧЕНИЯМ ВРАЧА У ПАЦИЕНТОВ С АГ

1. Существует необходимость создания школ здоровья в стационарах и поликлинике, т. к. это повышает уровень информированности пациентов и, следовательно, в значительной степени, уменьшит риск развития осложнений. Подготовка персонала поликлиники к работе в школах здоровья.

2. Пациенты испытывают дефицит общения с медицинскими работниками, и между собой, что не только снижает приверженность данной категории, но и их качество жизни. Как показало исследование, пациенты с артериальной гипертензией имеют низкий уровень знаний о своем заболевании. Одной из причин этого является недостаточное взаимодействие медицинских работников первичного звена здравоохранения и больных. С целью повышения информированности пациентов по АГ необходимо организовывать обучение пациентов в школах здоровья не менее 1 раза в год, что позволит повысить уровень знаний пациентов о заболевании, а также повысит приверженность к терапии.

3. Совершенствование школы здоровья. При первичном приеме необходимо оценивать психологический статус пациента, который может оказывать негативное влияние на приверженности к терапии. У пациентов с тревожными или депрессивными расстройствами при назначении терапии рекомендуется проведение консультации психотерапевта. При знакомстве с пациентом необходимо учитывать, что мужчины, пожилые пациенты и пациенты с длительным анамнезом АГ имеют более низкую приверженность к терапии при длительном наблюдении, поэтому эти группы больных нуждается в более активном контроле выполнения рекомендаций.

При подготовке информации для проведения школы здоровья совместно обсуждать материалы по теме занятий с врачами – специалистами. Привлекать к работе в соответствии с тематикой школы здоровья и конкретного

занятия участковых врачей, кардиологов диетологов, инструктора по ЛФК, эндокринолога и других специалистов.

Сформировать базу данных пациентов с учетом персональных данных, которые состоят на учете с данным диагнозом, для приглашения в школу здоровья, при их длительной неявке на профилактический прием. А так же базу данных на прошедших обучение пациентов.

Обучение пациентов методу контроля АД с ведением дневника самоконтроля, для того чтобы повысить эффективность лечения. Создание презентаций по различным направлениям профилактической работы, ориентированной на аудиторию разного возраста.

Организовывать школу здоровья с учетом пожеланий пациентов.

Демонстрировать информацию о проведении школ здоровья на стендах в поликлинике и на сайте, для того чтобы желающие пациенты могли принять участие в данном мероприятии.

После проведения школы здоровья раздавать присутствующим буклеты, на которых будет отражена информация с проведенных занятий. Примеры буклетов представлены в Приложении 5.

Создание сайта по принципу «вопрос-ответ», где желающие смогут задать вопрос, касающийся здоровья, профилактики, ЗОЖ и получить ответ от квалифицированного специалиста. Важным условием является анонимность.

Разработка и внедрение электронных школ здоровья, что позволит охватить большое количество пациентов. Для организации таких школ необходимы следующие технические условия: доступ в интернет, регистрация на сервере, предоставляющем услуги конференц – связи, веб – камера, микрофон, колонки.

4. Для повышения приверженности к проводимой терапии у больных с АГ целесообразно использование комплекса разных методов, включающих как традиционные (выдача дневников самоконтроля, активный врачебный контроль), так современные технологические методы повышения приверженности (метод обзвона пациентов).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериальная гипертензия - хроническое заболевание, характеризующееся стойким повышением артериального давления. Сегодня медицинские работники называют это заболевание эпидемией XXI века. АГ является одним из основных факторов риска смерти от сердечно - сосудистых болезней. Распространенность АГ в России составляла 39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин. [18] Сейчас же по данным последнего эпидемиологического исследования в России 48% мужчин и 40% женщин имеют артериальную гипертензию. То есть за последние 12 лет число лиц мужского пола, имеющих АГ увеличилось почти на 10%.

Несмотря на это, осведомленность населения о данном заболевании и его осложнениях крайне мала. Необходимость пожизненно принимать антигипертензивные препараты, чаще всего не одного, а нескольких в комбинированной терапии, порождают очень низкую приверженность пациентов к терапии. В связи с этим оказывается невозможной эффективная профилактика и лечение данного заболевания без необходимой информированности пациентов. [21] Несмотря на то, что за несколько последних десятилетий в медицине произошел прорыв в области лечения артериальной гипертензии, она остается одним из самых коварных и опасных заболеваний. Это связано с тем, что начальная стадия болезни протекает практически бессимптомно, многие пациенты, входящие в группу повышенного риска по этому заболеванию, пренебрегают профилактикой, а иногда и лечением.

При появлении признаков повышенного давления нельзя откладывать визит к врачу, поскольку вполне вероятно, что в организме уже произошли необратимые изменения, требующие серьезного лечения. Диагностика заболевания помимо осмотра врача и сбора анамнеза включает в себя ряд лабораторно-инструментальных исследований. Первым этапом диагностики, конечно же, является измерение артериального давления, причем для подтвержде-

ния диагноза необходимо зарегистрировать высокие цифры АД не менее чем в трех независимых измерениях.

После постановки диагноза назначают лечение АГ оно длительное, и подбирается индивидуально для каждого больного с учетом переносимости препаратов, наличия осложнений, степени повышения артериального давления. Но кроме медицинского работника за своим здоровьем должен следить сам пациент, правильно питаться, распределять свой день. Поскольку, артериальная гипертензия имеет большую распространенность целесообразно организовывать школы, курсы и другие занятия для пациентов с данной болезнью, для строго контроля над артериальным давлением и состоянием организма.

В итоге для предотвращения осложнений и для выработки ответственного отношения пациента к своей болезни все сводится к необходимости получения полной максимально простой и доступной информации о заболевании. Данная информация может быть предоставлена пациенту при проведении школы здоровья по средствам использования различных методов педагогического обучения и воздействия. Методы педагогического обучения создают важный фон для того, чтобы развивать умения решительно мыслить, разбираться в не знакомых ситуациях, находить нужные подходы к решению проблемных ситуаций, устанавливать новые контакты с присутствующими.

В конечном итоге использование методов педагогического воздействия в учебном процессе увеличивается эмоциональное впечатление учащихся на процессы познания, повышается мотивация учебной деятельности, интерес на получение новых знаний, а также умений. Повышается способность применять приобретенные знания на практике. Так же методы педагогического обучения способствуют развитию умений формулировать и демонстрировать свою точку зрения, активизируют мыслительные процессы и повышают способности учащихся к запоминанию новых данных.

Как показала практика, организация школ здоровья приносит свои плоды, что наглядно видно по результатам исследования, где выяснилось, что

после обучения общий процент знаний по артериальной гипертензии среди исследуемой группы повысился. А также отметилось улучшение общего состояния пациентов и в будущем, вероятнее всего, уменьшится процент осложнений артериальной гипертензии. Наличие школ и разъяснительных бесед несет результат в улучшении настроения пациентов, их общего состояния.

На сегодняшний день прием терапевта далеко не совершенная процедура. К сожалению, объем работы врача очень большой, как и поток пациентов, в связи с этим должного внимания пациенту уделить не получается. Отсюда возникает большая проблема в виде не разобранных вопросов, не уточненных рекомендаций. Безусловно, такое серьезное заболевание как АГ требует повышенного внимания, длительного разъяснения пациенту, что это такое, как принимать препараты, как правильно себя вести. Кроме того, АГ можно корректировать не только медикаментозно, но к счастью для пациента есть множество способов и не медикаментозных, таких как соблюдение диеты, режим труда и отдыха. Ведь зачастую пациент, не имея нужной информации, просто пренебрегает лечением и соблюдением диеты, считая эти действия бесполезными.

Зная все основные факторы риска, осложнения и много другой информации о своем недуге пациент, безусловно, будет адекватно оценивать свое состояние и заботиться о своем здоровье. А разъяснения пациенту информации о приеме лекарственных препаратов заставляет его вести себя медицински правильно, что снизит риски возникновения осложнений. Именно для этого создаются школы здоровья. Необходимо использовать все доступные способы для объяснения пациенту того, что его заболевание очень опасно, но выполняя все рекомендации можно жить с этой болезнью большое количество лет.

Особую тревогу вызывает широкое распространение осложнений не только у пожилых людей, но и у трудоспособного населения. И, как правило, у людей средних лет, неотложные состояния возникают остро. Поэтому не-

обходимо разработать методику проведения школ не только для пенсионеров, но и для работающего населения. Не зря существует поговорка «Предупрежден, значит вооружен». В современном мире все болезни «молодеют» и АГ не исключение.

Важной задачей остается систематизация и упрощение знаний об АГ для пациента. Основной целью на поликлиническом уровне остается максимально простое и доступное донесение информации об АГ, ведь именно пациент отвечает за сохранение своего здоровья. К сожалению, только врач не сможет помочь больному АГ, если последний не будет вникать в процесс болезни, не захочет сам себе помочь и разобраться в своем заболевании. Следовательно, врач является лишь направляющим звеном в профилактике осложнений.

Поэтому медицинский работник должен подробно и очень доступно донести до пациента всю самую необходимую информацию. Как показала практическая часть, разъяснения и проведение бесед, организация школы здоровья, проведение лекций имеет положительную динамику, приносит свои плоды в виде усвоения пациентом материала. А если хотя бы один пациент узнает что-то новое о своем заболевании, это значит, что проделанная работа проведена не зря. На примере практической части было доказано, что проведение школы здоровья имеет положительный эффект и требует ее проведения регулярно.

Подводя итог, хотелось бы сказать, что все изложенное выше подтверждает важность обсуждаемой проблемы. В первой главе были изучены теоретические аспекты методов педагогического воздействия. В теоретической части в ходе анкетирования был выявлен низкий уровень информированности и приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией. На основании этого в третьей главе были разработаны рекомендации по повышению информированности и приверженности к назначениям врача у пациентов с артериальной гипертензией. Задачи выполнены, цель достигнута.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аббясов И. Х., Двойников С. И., Карасева Л. А. и др. Основы сестринского дела: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 336 с.
2. Амиров А.Ф., Бакирова З.А., Липатова Е.Е. Психология и педагогика. Практикум для студентов медицинских вузов. В 2-х ч. Ч. 2. / — Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО «Башгосмедуниверситет» Минздравсоцразвития России, 2012 — 94 с.
3. Зайченко И.В., Педагогика: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений/ И В. Зайченко. - Чернигов, 2002. - 528 с.
4. Кановская М.Б., Педагогика. Общая психология: Учеб. для студ. высш учеб заведений / М. Б. Кановская: АСТ, Сова; Москва; 2008. -243 с.
5. Ключева Н.В. Педагогическая психология: Учеб. для студ. высш учеб заведений / Н.В. Ключева- ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. - 400 с.
6. Куликов В.Н. Психология внушения: Учеб. пособие/ В.Н.Куликов-Иваново, 2001. -271с.
7. Пальчевский С. С., Педагогика: Учеб. для студ. высш учеб заведений / С. С. Пальчевский – Киев; 2009. - 560 с.
8. Пидкасистый П.И. Педагогика. Учебное пособие для студентов педагогических вузов и педагогических колледжей / Под ред. П.И. Пидкасистого. - М: Педагогическое общество России, 2000 г. - 640 с.
9. Подласый И.П. Педагогика: в 3-х кн, кн. 3: Теория и технологии воспитания: учеб. для студентов вузов, обучающихся по направлениям подгот. и специальностям в обл. «Образование и педагогика» / И.П. Подласый. — 2-изд, испр. и доп. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2007. — 463 с.
10. Радугин А.А. Психология и педагогика: Учебное пособие для вузов / Научный редактор Е.А. Кротков. - М.: Центр, 2000. - 256 с.

11. Ситаров В.А. Дидактика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В. А. Сластенина. — 2-е изд., стереотип. — М.: Издательский центр «Академия», 2004. — 368 с.
12. Слуцкий В.И. Элементарная педагогика, или как управлять поведением человека. — М.: Просвещение, 1998. — 159 с.
13. Хуторской А. В. Современная дидактика: Учебник для вузов / А. В. Хуторской — СПб: Питер, 2001. — 544 с.
14. Шварц И. Е. Внушение в педагогическом процессе: Учеб. пособие для спецкурса/И. Е. Шварц. Пермь, 2000. - 362с.
15. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Турсунова Г.Ф. Клиническая эффективность работы школы больного гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом этапе. Терапевтический архив, 2005, Т. 77. № 11. - С. 49-55
16. Березняков И.Г. Некоторые подходы к повышению приверженности к лечению при Артериальной гипертензии / Новости медицины и фармации. — 2007. Вып. № 229
17. Браун С. Н. Организация работы «школ здоровья» / А. В. Погонин, К. М. Петросян, А. А Тяжелников //Росздравнадзора. -2013. -Вып. № 6. - С 30-33.
18. Калинина А.М., Еганян Р.А., Стоногина В.П. Оценка эффективности школ здоровья для больных с артериальной гипертонией как профилактической медицинской услуги в первичном звене здравоохранения: пособие для врачей. — М. МЗ РФ, 2003. — 18 с.
19. Калинина А.М. Школа здоровья для больных как фактор повышения эффективности контроля артериальной гипертонии/ Калинина А.М. // Трудный пациент. - 2006 .-Номер журнала: ноябрь
20. Лазебник Л.Б. Как повысить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению? / Л.Б. Лазебник, Д.В. Подкопаев, И.А. Комиссаренко, О.М. Михеева// Артериальная гипертензия. — 2011. — Вып. № 3. — С. 241-245

21. Михайлова Н.В., Калинина А.М., Олейников В.Г. и др. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья//. – 2004. – № 2. – С. 3 – 10.
22. Михайлова Н.В., Лахман. Е.Ю, Стоногина В.П., Д.Ф. Гилязетдинов. Школа здоровья для пациентов – важнейший фактор качества медицинской помощи// Врачебная газета. -2004.-№1.-С.52
23. Очеретяная Н. Ю. Как повысить приверженность к лечению у пациентов? / Здоровье Украины. – 2015. – Вып. № 65 – С. 3-4
24. Чазова И.Е. Сартаны в лечении артериальной гипертензии / Галявич А.С., Кобалава Ж.Д и др. // Системные Гипертензии. - 2015.- №1.- С. 6-7.
25. Чирин А.С.Артериальная гипертензия как социально-значимая проблема современной России/Бюллетень медицинских Интернет-конференций. -2016. - Том 6. № 1. -С.85.
26. Артериальная гипертензия статистика по России. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://heal-cardio.ru/2016/04/29/arterialnaja-gipertenzija-statistika-po-rossii/>. Дата обращения: 23.03.17.
27. Приверженность к терапии и методы ее повышения у больных с артериальной гипертензией и ИБС. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://cardioweb.ru/files/autoref/191/avtoref.pdf>. Дата обращения: 12.04.17.
28. Роль медсестринского персонала в обучении пациентов с сердечными заболеваниями в использовании новых технологий. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.medintention.ru/joms-926-3.html>. Дата обращения: 13.03.17.
29. Статистика артериальной гипертензии по Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://serdce-med.ru/arterialnaya-gipertenziya/statistika/>. Дата обращения: 25.03.17.
30. Школа Здоровья для пациентов с артериальной гипертензией: Информационно-методическое пособие для врачей. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://osmp.belzdrav.ru/upload/medialibrary/>. Дата обращения: 21.04.17.

## ПРИЛОЖЕНИЯ.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

#### Анкета

Уважаемый респондент!

С целью анкетирования просим Вас искренне ответить на вопросы.

Анкетирование анонимно.

Укажите пол \_\_\_\_\_ Ваш возраст \_\_\_\_\_

№	Утверждение	Ответ		
		да	не знаю	нет
1	Повышенным считается уровень АД выше 140/90 мм рт.ст.			
2	При гипертоническом кризе необходимо принять таблетку под язык (клофелин 0,075-0,15 г или капотен 25-50 мг или нифедипин (коринфар) 10 мг. ) и вызвать врача			
3	Измерять АД надо только на плече			
4	Опасно потреблять в сутки более 30 г чистого спирта для мужчин и более 15 г для женщин, особенно при гипертонии			
5	При повышении повседневной физической активности необходимо контролировать частоту пульса, чтобы она не превышала 110-130 ударов в минуту			
6	Необходимо ли при гипертонии ограничить потребление животных жиров?			
7	Употребляете ли вы фрукты ежедневно?			
8	Знаете ли Вы свою массу тела?			
9	Знаете ли Вы свой уровень холестерина?			
10	Знаете ли Вы свой уровень сахара крови?			
11	При избыточной массе тела надо снизить общую калорийность пищи до			

	1500-1200 ккал			
12	Для улучшения здоровья необходимо ходить пешком в умеренном темпе (с ускорением) не менее 30 минут в день			
13	Если трудно изменить ситуацию, необходимо изменить к ней отношение			
14	Основная цель лечения гипертонии – снижение риска осложнений.			
15	Для снижения риска осложнений надо контролировать не только уровень АД, но и факторы риска.			

16) Какие Факторы могут спровоцировать заболевание АГ?

- а) активная физическая нагрузка, пол, хр. пиелонефрит;
- б) наследственность, курение, психоэмоциональное напряжение;
- в) избыточная масса тела, факторы окружающей среды, единичное повышение холестерина в крови.

17) Какие органы в первую очередь поражаются в процессе протекания АГ? Выберите 3 правильных варианта ответа.

- а) желудок ;
- б) почки;
- в) легкие;
- г) сосуды головного мозга;
- д) поджелудочная железа;
- е) сердце.

18) Какие осложнения АГ Вы знаете?

- а) инфаркт;
- б) инсульт;
- в) почечные заболевания;
- г) все варианты верны.

19) Как и когда Вы принимаете препараты, снижающие АД?

- а) при сильных головных болях;
- б) по схеме;
- в) при головокружении;
- г) не принимаю.

5) Какие продукты питания являются наиболее вредными при АГ?

- а) животные жиры
- б) соль
- в) сахар
- г) пищевые волокна

Укажите сопутствующие заболевания, которые у Вас имеются кроме АГ.

Курите ли Вы? Да Нет

Спасибо!

Анкета

Уважаемый респондент!

С целью анкетирования просим Вас искренне ответить на вопросы.

Анкетирование анонимно.

Укажите пол \_\_\_\_\_ Ваш возраст \_\_\_\_\_

Анализ причин неприема приема препаратов

Причина неприема или нерегулярного приема препаратов	Отметить «+»
Не всегда могу купить в аптеке	
Забывчивость	
Считаю, что лечиться не нужно	
Не хочу принимать постоянно	
АД нормализовалось, поэтому отменяю таблетки	
Иногда пропускаю время приема, а прием в другое время неудобен	
Родственники посоветовали уменьшить дозу препарата	
Побочные реакции	
Стоимость препарата	

Спасибо!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПРОГРАММА ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ

Занятие 1. Что надо знать об артериальной гипертонии?

Цель:

1. информирование пациентов о заболевании и факторах, влияющих на развитие заболевания, осложнения и прогноз;
2. обучение пациентов самоанализу индивидуальных ФР;
3. обучение пациентов методике измерения артериального давления (АД) и самоконтролю.

Содержание.

Что такое АД и какой его уровень принято считать нормальным. Что такое АГ? Наиболее частые жалобы больных при повышении АД. Течение заболевания, гипертонические кризы. Провоцирующие факторы развития повышения АД. «Органы-мишени» - основные понятия. Степень АГ – основные понятия. Понятие о суммарном риске сердечно-сосудистых заболеваний. Факторы, определяющие суммарный риск. Факторы, влияющие на степень АГ. Понятие об управляемых, контролируемых ФР. Выявление индивидуальных управляемых ФР. Как правильно измерять АД? (приборы, условия, методика.). Дневник пациента с АГ.

Занятие 2. Здоровое питание. Что надо знать пациенту о питании при артериальной гипертонии?

## Цель:

1. информирование пациентов об основных принципах здорового питания
2. информирование пациентов об особенностях питания при АГ
3. обучение пациентов методике расчета энергетической сбалансированности пищевого рациона
4. обучение пациентов самоанализу собственных ФР, связанных с привычками и характером повседневного питания и рациональному составлению индивидуального плана оздоровления

## Содержание.

Каким должно быть питание здорового человека? Энергетическая ценность рациона, энерготраты (основные понятия). Сбалансированность рациона по пищевым компонентам. Подсчет суточных энерготрат и энергетической ценности пищевого рациона. Принципы здорового питания Полноценные пищевые вещества. Жиры, белки, углеводы, витамины, клетчатка, минеральные вещества. Режим питания, кулинарная обработка. Алкоголь и здоровое питание. Питание и АД. Как влияет питание на АГ? Связь между характером питания и АД. На что направлена диета при АГ? Как ограничить потребление поваренной соли? Как обогатить рацион калием и магнием? Как обогатить рацион разными полиненасыщенными жирными кислотами? Как увеличить потребление витаминов? Самооценка привычек питания, составление индивидуального плана оздоровления питания (методика самооценки и принятия решений). Составление суточного меню для пациентов с АГ. Какие изменения нужны в диете при повышенном АД? Что рекомендовать дополнительно при гиперхолестеринемии? Как быть с алкоголем? Какие продукты ограничиваются и какие разрешаются? Основные требования к построению рациона питания при АГ. Дневник питания (описание, инструктаж).

### Занятие 3. Ожирение и артериальная гипертензия.

#### Цель:

1. информирование пациентов о критериях оценки избыточной массы тела и ожирения;
2. информирование пациентов об основных принципах питания для профилактики избыточной массы тела и ожирения;
3. информирование пациентов об основных принципах питания для профилактики избыточной массы тела и ожирения;
4. информирование пациентов об особенностях питания при АГ и ожирении;
5. обучение пациентов принципам сохранения энергетической сбалансированности пищевого рациона, включая повышение повседневной физической активности

#### Содержание.

Что такое ожирение. Почему важно при АГ знать об избыточной массе тела? Ожирение - это болезнь обмена веществ. Почему нарушается характер питания при ожирении? Какие органы и системы поражаются при ожирении? Расчет нормальной массы тела. Что нужно знать для контроля массы тела? Степени ожирения. Типы ожирения? Различные типы диет при ожирении. Какие принципы диетотерапии ожирения известны? С чего начать похудение? Методы лечения ожирения. Основные принципы построения рациона при избыточной массе тела. Как менять диету в зависимости от сопутствующей патологии и факторов риска (гиперхолестеринемия, дискинезии желчного пузыря и толстого кишечника, мочекислый диатез, подагра, остеохондроз, воспалительные изменения в желудочно-кишечном тракте)? Физическая активность и ожирение. Фитотерапия. Другие методы лечения ожирения.

## Занятие 4. Физическая активность и здоровье.

### Цель:

Формирование у пациентов с АГ и членов их семей мотивации к повышению физической активности через, повышение информированности пациентов о роли и значении физической активности (ФА) для здоровья человека, для функционирования сердечно-сосудистой системы и обучение методам повышения физической активности и контроля интенсивности физических нагрузок

### Содержание.

Что такое физическая активность. Какова физическая активность нашего населения. Что такое физическая работоспособность? Оценка уровня физической активности. Как оценить физическую тренированность? Цель повышения физической активности. Как аэробная физическая активность влияет на здоровье? Как избежать осложнений при физических тренировках? Есть ли противопоказания для занятий физической активностью и какой уровень нагрузки допустим? Как повысить повседневную физическую активность? Как одеваться для занятий физкультурой. Как контролировать интенсивность физической нагрузки? Как построить занятие по повышению физической активности? Как построить всю программу тренирующих занятий по повышению физической активности? Как оценить эффективность тренирующего воздействия физической активности? Каковы основные мотивы повышения физической активности в пожилом возрасте.

## Занятие 5. Курение и здоровье (занятие для курящих)

### Цель:

Формирование у пациентов с АГ и членов их семей мотивации к оздоровлению и отказу от курения через осознанное, индивидуально ориентированное *информирование* (о влиянии курения табака на здоровье человека, влияние отдельных компонентов табачного дыма на различные органы и системы, в частности на сердечно-сосудистую систему; об особенностях «активного» и «пассивного» курения; самооценке типа курительного поведения, степени табачной зависимости, стадии курения, готовности к отказу от курения; выбору способа и метода отказа от курения).

### Содержание.

Влияние курения на индивидуальное здоровье. Компоненты табачного дыма. Миф о легких сигаретах. Пассивное курение. Типы курительного поведения. Самооценка типа курительного поведения. Стадии курения. Причины закуривания и курения. Никотиновая зависимость Оценка степени никотиновой зависимости. Самооценка степени никотиновой зависимости. Современные методы лечения табакокурения. Позитивная установка. Оценка степени мотивации и готовности к отказу от курения. Питание и курение. Профилактика рецидивов и негативных последствий отказа от курения.

## Занятие 6. Стресс и здоровье

### Цель:

1.повышение знаний пациентов с АГ о природе стресса, стрессорах, управляемых и неуправляемых факторах стресса.

2.информирование пациентов о эмоционально- и проблемно ориентированных методах преодоления стресса.

3.обучение пациентов методам самооценки уровня стресса и управления стрессом.

4.обучение методам преодоления стресса, связанного с поведенческими привычками, влияющими на здоровье.

### Содержание.

Что такое «стресс». Природа стресса. Стрессоры. Управляемые и неуправляемые факторы стресса. Работа, стресс и артериальная гипертензия. Оценка уровня социальной адаптации. Самооценка уровня стресса.. Определение стрессового поведения, которое необходимо изменить. Методы преодоления стресса. Эмоционально-ориентированные и проблемно-ориентированные методы преодоления стресса. Когнитивные стратегии. Самоанализ. Метод глубокого дыхания. Метод аутогенной тренировки. Стресс и вредные привычки. Преодоление стресса, связанного с вредными привычками. Стресс и алкоголь. Контролируемое потребление алкоголя.

## Занятие 7. Медикаментозное лечение артериальной гипертонии. Как повысить приверженность к лечению?

Цель: повышение знаний пациентов с АГ об основах медикаментозного лечения, формирование активного осознанного их отношения к приему медикаментов для повышения приверженности к лечению.

### Содержание.

Правовые основы информирования больных в РФ. Цель лечения и контроля АГ. Что влияет на успешное лечение АГ? До какого уровня и как быстро необходимо снижать повышенное АД? Когда начинать и как долго проводить медикаментозное лечение? Что такое немедикаментозное лечение? В чем принципы медикаментозной терапии и как выбрать гипотензивный препарат? Какими побочными эффектами обладают лекарства? Какие существуют современные лекарства, снижающие АД? Что такое приверженность к лечению и почему она важна? Что влияет на приверженность лечения? Еще раз о гипертоническом кризе. Что такое гипертонический криз? Доврачебная помощь и самопомощь.

*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).

№	Баллы (оценка)					Вопрос (утверждение)
	1	2	3	4	5	
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

Степень изменения отношения к возможности самоконтроля заболевания и профилактики осложнений

12					Буду регулярно измерять АД
13					Буду контролировать питание
14					Буду контролировать физическую активность
15					Буду контролировать стрессовые ситуации
16					Буду выполнять рекомендации врача
17					Начну изменять пищевые привычки
18					Начну больше двигаться
19					Начну вести дневник
20					Брошу курить
21					Смогу оказать первую доврачебную помощь себе и другому больному с АГ
22					Начну следить за регулярностью приема лекарств
23					Посоветую пройти обучение своим близким и друзьям

*Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!*

#### 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К НАЗНАЧЕНИЯМ ВРАЧА У ПАЦИЕНТОВ С АГ

5. Существует необходимость создания школ здоровья в стационарах и поликлинике, т. к. это повышает уровень информированности пациентов и, следовательно, в значительной степени, уменьшит риск развития осложнений. Подготовка персонала поликлиники к работе в школах здоровья.

6. Пациенты испытывают дефицит общения с медицинскими работниками, и между собой, что не только снижает приверженность данной категории, но и их качество жизни. Как показало исследование, пациенты с артериальной гипертензией имеют низкий уровень знаний о своем заболевании. Одной из причин этого является недостаточное взаимодействие медицинских работников первичного звена здравоохранения и больных. С целью повышения информированности пациентов по АГ необходимо организовывать обучение пациентов в школах здоровья не менее 1 раза в год, что позволит повысить уровень знаний пациентов о заболевании, а также повысит приверженность к терапии.

7. Совершенствование школы здоровья. При первичном приеме необходимо оценивать психологический статус пациента, который может оказывать негативное влияние на приверженности к терапии. У пациентов с тревожными или депрессивными расстройствами при назначении терапии рекомендуется проведение консультации психотерапевта. При знакомстве с пациентом необходимо учитывать, что мужчины, пожилые пациенты и пациенты с длительным анамнезом АГ имеют более низкую приверженность к терапии при длительном наблюдении, поэтому эти группы больных нуждается в более активном контроле выполнения рекомендаций.

При подготовке информации для проведения школы здоровья совместно обсуждать материалы по теме занятий с врачами – специалистами. Привлекать к работе в соответствии с тематикой школы здоровья и конкретного занятия участковых врачей, кардиологов диетологов, инструктора по ЛФК, эндокринолога и других специалистов.

Сформировать базу данных пациентов с учетом персональных данных, которые состоят на учете с данным диагнозом, для приглашения в школу здоровья, при их длительной неявке на профилактический прием. А так же базу данных на прошедших обучение пациентов.

Обучение пациентов методу контроля АД с ведением дневника самоконтроля, для того чтобы повысить эффективность лечения. Создание презентаций по различным направлениям профилактической работы, ориентированной на аудиторию разного возраста.

Организовывать школу здоровья с учетом пожеланий пациентов.

Демонстрировать информацию о проведении школ здоровья на стендах в поликлинике и на сайте, для того чтобы желающие пациенты могли принять участие в данном мероприятии.

После проведения школы здоровья раздавать присутствующим буклеты, на которых будет отражена информация с проведенных занятий. Примеры буклетов представлены в Приложении 5.

Создание сайта по принципу «вопрос-ответ», где желающие смогут задать вопрос, касающийся здоровья, профилактики, ЗОЖ и получить ответ от квалифицированного специалиста. Важным условием является анонимность.

Разработка и внедрение электронных школ здоровья, что позволит охватить большое количество пациентов. Для организации таких школ необходимы следующие технические условия: доступ в интернет, регистрация на сервере, предоставляющем услуги конференц – связи, веб – камера, микрофон, колонки.

8. Для повышения приверженности к проводимой терапии у больных с АГ целесообразно использование комплекса разных методов, включающих как традиционные (выдача дневников самоконтроля, активный врачебный контроль), так современные технологические методы повышения приверженности (метод обзвона пациентов).