



**Центр медицинской профилактики  
ГУЗ «Краевая клиническая больница»**

# **Гигиеническое обучение**

**А.И. Старков**

г. Барнаул

# Обучение здоровью

**Цель:** формирование приверженности активного - информированного отношения и участия человека в восстановлении и укреплении своего здоровья.

## **Задачи:**

- повышение гигиенической активности (снижение, исключение влияния ФР);
- повышение санитарной активности (соблюдение требований и правил лечебных мероприятий).

**Особенности:** высокая этическая ответственность медика, сохранение качества жизни, невмешательство в личную жизнь человека.

# Эталоны индивидуального здоровья

<b>Вид</b> <b>Признак</b>	<b>Античный</b>	<b>Адаптационный</b>	<b>Антропо- центрический</b>
Понятие здоровья	Оптимальное соотношение элементов человеческой природы	Резерв адаптации	Раскрытие творческого и духовного потенциала
Характеристика здоровой личности	Нравственность Самообладание Господство разума над страстями	Соответствие психо-физическим и социальным нормам	Стремление к самоактуализации Целостность Конгруэнтность
Условия сохранения здоровья	«Жить согласно природе», проявляя умеренность и заботу о себе	Примерение биологического и социального в человеке	Открытость опыту, личностный рост
Пути оздоровления	Очистительные ритуалы Гимнастика и музыка	Согласование личностных характеристик с социальными нормативами	Самосознание Творческое самораскрытие

# МОДЕЛЬ

## детерминант смертности Деневера

(от заболеваний, занимающих 13 первых ранговых мест)

- 19% - ЭКОЛОГИЯ
- 27% - биология (генетика и др.)
- 43% - уровень, стиль и качество жизни  
(образ жизни)
- 11% - доступность и качество  
медицинской помощи

# Профилактика болезней

Административное  
регулирование

Образование

Медицина

СМИ

Уровень  
потребления,  
экология,  
насилие и др.

Формирование  
мотивации

Информированность

Гигиеническая  
активность

Санитарная  
активность

УРОВЕНЬ ЖИЗНИ  
(доступность ЗОЖ)

СТИЛЬ ЖИЗНИ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

# Качество жизни

## Анализ проблем больного человека, пациента

<b>Многокомпонентность:</b>	<b>Изменяемость времени</b>	<b>Участие в оценке КЖ самого пациента</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- физическая;</li><li>- психологическая;</li><li>- социальная.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- возможность коррекции терапии;</li><li>- необходимость мониторинга состояний</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- в сочетании с экспертной оценкой лечения по диагнозу гарантирует полноту и объективность качества лечения</li></ul>

### Сферы использования КЖ:

мониторинг здоровья; оценка ЛПУ – международный стандарт;  
сравнение технологий, прогнозирование;  
сравнение эффективности лекарств и методов лечения;  
фармакоэкономика.

# Методы МП

## **Массовые и групповые просветительские мероприятия:**

- семинары и лекции для медицинских работников, пациентов и организованных групп населения; использование возможностей межсекторального сотрудничества;
- распространение информации с помощью СМИ, наглядной агитации – листовки, буклеты, выставки, радио, ТВ и т.п.

## **Оказание профилактических медицинских услуг:**

- индивидуальное профилактическое медицинское консультирование;
- групповое (тренинги, «школы») профилактическое медицинское консультирование;
- профилактические осмотры;
- вакцинопрофилактика.

# Этиологические критерии Эванса (разработаны на основе постулатов Коха-Хенле)

1. Распределение ФР среди населения соразмерно с распределением заболевания.
2. Заболеваемость у лиц с ФР достоверно выше, чем у лиц без ФР.
3. В анамнезе заболевания ФР встречаются чаще, чем у здоровых, при одинаковом воздействии прочих факторов.
4. Воздействие ФР предшествует заболеванию.
5. Чем интенсивнее и продолжительнее воздействие ФР, тем вероятнее заболевание.
6. (Выраженность ответа на ФР по интенсивности соответствует интенсивности ФР).
7. Зависимость ФР - заболеваемость прослеживается в разных группах населения.
8. **Снижение или прекращение в течение месяца ФР приводит к снижению заболеваемости.**
9. (Изменение ответа организма на ФР приводит к снижению заболеваемости).
10. Все зависимости должны иметь разумное биологическое объяснение.

# Факторы риска, особенности

1. Низкая интенсивность воздействия и продолжительный, годы и десятилетия латентный период: за 10 лет из 1000 курильщиков раком легких заболевает один.
2. Громадная распространенность:
  - ежедневное курение - более 30%;
  - избыточная масса тела — более 50%;
  - «бытовое» употребление алкоголя — более 70%.
  - гиподинамия - более 70% всего населения.
3. Медленное формирование (отсутствие) собственного опыта оценки эффективности коррекции ФР из-за низкой заболеваемости основными неинфекционными болезнями. В обычной практике терапевт поликлиники сталкивается с острой стадией ОИМ не чаще одного раза в три года.
4. Факторы риска не имеют причинно-следственной связи с ОИЗ. Коронарная болезнь сердца в 40% случаев развивается у людей, не имеющих факторы риска.

# ФР основных неинфекционных заболеваний

ФР	БСК	РАК	ХОБЛ	СД	ОП*	Д*
Курение	+	+	+	0	+	+
Алкоголь (злоупотребле ние)	+	+	0	0	+	+
Нерациональ ное питание	+	+	0	+	+	?
Гиподинамия	+	+	0	+	+	?
Низкий социальный статус	+	+	+	+	+	?

ОП\* - остеопороз

Д\* - депрессия

Тульчинский Г.Х., 1999 г.

# Хартия прав пациента

Пациент имеет право на получение квалифицированной консультативной медицинской помощи.

(С 1985 г. в странах ЕС раздел «Обучение профилактическому консультированию» включен в вузовскую подготовку врачей).

Информация должна содержать ответы на следующие вопросы:

- есть ли альтернатива предлагаемому методу диагностики или лечению?
- Вы предложили бы этот метод родственнику?
- Какое заболевание Вы надеетесь выявить этим методом?
- Каковы возможности оказания помощи или излечения этого заболевания?

# Терапия обучением

- Разъяснение связи между поведением пациента и его здоровьем. Выяснение степени понимания пациентом факторов риска возникновения заболевания и их взаимосвязи.
- Преодоление барьеров пациентом в изменении поведения:
  - определение степени выраженности типа представления человека о возможности игнорирования советов врача;
  - выяснение осознания человеком, что в случае отказа следовать рекомендациям, проблема сохранится и будет усугубляться;
  - выявление преимуществ в следовании советам по сравнению с потерями ресурсов и времени в случае отказа от рекомендаций.
- Обучение мотивации поведения. Обучение преодолению недостатков ресурсов. Обеспечение медицинской поддержки в течение длительного времени.

# **Задачи обучения в школах здоровья**

1. Делегирование ответственности за состояние здоровья пациенту.
2. Терапия обучением (бихевиоральная).

**Суть сотрудничества с пациентом -  
помощь по формированию мотивации к  
изменению поведения.**

# Последовательность обучения

## *Выбор цели*

***Познавательная*** (знание, пути решения проблем, развитие интеллекта):

- передача знаний;
- способность соотносить сведения, прогнозировать собственную ситуацию;
- способность выступать в качестве эксперта (высшая).

***Психомоторная*** (подражательные действия, изменение интересов, формирование навыков):

- подражательные действия;
- закрепление навыков путем многократного повторения;
- достижение автоматизма действий;
- независимость от учителя (высшая).

# Передача информации человеку

## ВОСПРИЯТИЕ НЕИЗВЕСТНОЙ ИНФОРМАЦИИ

### Реакция ориентации

Сильная

Слабая

Психологическое торможение

Отнесение к знакомому

Обучение не происходит

Запоминание

## СОХРАНЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Кратковременная память

Фильтр

Долговременная память

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

83 % - зрение, 10% - слух, 5% - обоняние и вкус, 4%-осязание.

Видеолекция — 2-3%, лекция – 5% семинар – 20%, тренинг - 75-80%,  
выполнение роли тренера- до 90%.

*Врач посвящает себя медицине потому что хочет  
излечивать людей. Люди хотят вообще не болеть.*  
(Р. Флетчер)

## **Причины, по которым люди не стремятся к здоровью**

1. Импульс (врожденный) к здоровью конфликтует с импульсом «тормоза». Причем наличие самого конфликта - признак душевного здоровья. Человек боится своих лучших побуждений (так же как и худших). Этот страх христиане называют гордыней. Боязнь того, что бесконечное самосовершенствование - путь к высшему началу может быть проблемой, а может быть трагедией. Боязнь внутреннего конфликта- осознание своих истинных возможностей всегда отстает, отличается от обычной самооценки иногда настолько, что может вызвать депрессию.
2. Необоснованный оптимизм по отношению к своему здоровью, скепсис по отношению к здоровому стилю жизни.
3. Конкуренция с «противоположной» информацией, удовольствие от «нездорового образа жизни», вредных привычек.

# Психологические приемы преодоления сопротивления к сохранению здоровья

1. Сохранить оптимизм к своему здоровью, но заставить осознать «это может случиться со мной, если я не начну действовать прямо сейчас».
2. Объяснить, что жертвами болезни стали люди, чьи привычки похожи «на твои». Идеально, если в роли помощника врача выступает «выздоровевший» пациент.
3. Сообщения должны персонализироваться: Вам 51 год. Вы как тысячи людей, имеющих высокое АД, чувствуете себя прекрасно, окажите себе услугу, измеряйте АД.
4. Советы должны удерживать внимание:
  - используйте яркие слоганы, броские лозунги, веские аргументы, преодолевающие скептицизм;
  - пользуйтесь раздаточным материалом,
5. Твердо проводите мысль, что люди смогут снизить риск болезни.
6. Информация должна быть правдивой и качественной, служить «прививкой» от предубеждений. Информация должна содержать детали конкретных действий, которые обязан выполнять больной.
7. Призыв врача должен вызвать ответ, быть эффективным «С момента, когда Вы бросите курить, Ваши легкие начнут очищаться». Призыв должен подчеркивать «самоэффективность». «Такие как Вы, бросили курить, у Вас получится».
8. Если человек не справляется, необходимо провести диагностику депрессии.  
Пугающий призыв - страх, с которым можно жить  
Угроза весьма опасна. Вы не защищены от нее. С помощью здорового поведения угрозы легко избежать. У Вас есть способность к действию. Вы сами решили действовать.

# Способы психологической поддержки пациента, прошедшего обучение в «школе»

1. Напоминать, что больной сам решил действовать.
2. Отмечать все улучшения, приписывать их тому, что пациент сотрудничает с врачом.
3. Получать словесные обещания в конце беседы.
4. Получать письменное соглашение о сотрудничестве при окончании «школы».
5. Заранее объяснить больному все причины, из-за которых тот будет отлынивать, уклоняться от действий.
6. Демонстрировать теплое отношение к больному, уверенность в собственной компетенции.
7. Вовремя замечать невербальное сопротивление больного или несогласие больного.
8. Возможно использование более жесткого ролевого исполнения, эмоций в небольших дозах.
9. Преодолевать социальную изоляцию. Социальная поддержка - самый сильный фактор формирования здорового стиля жизни.

Если пациент почувствует, что сам врач не верит в полезность рекомендаций, - провал.

# Сравнительная таблица программ обучения в школах пациентов с различной патологией

АГ (I)	АГ (II)	Ожирение	Аллерго-школа	СД II (без II)
Понятия				+ само-контроль
Рациональное питание	+ холестерин			
Курение, алкоголь			Клиника аллергий	+ само-контроль
Ожирение		ФР БСК и др.		
Физическая активность			Диагностика, терапия, профилактика, в т.ч. первичная	
ФР БСК		Пищевое поведение		
Стресс, расслабление		Методы лечения	Лечение, в т.ч. психотерапия	+ осложнения
Самоконтроль	+ роль семьи			
Барнаул, 99.08	Томск, 00	Москва, 02	Москва, 02	Москва, 06

# «Вред» медицинской профилактики

- «Перекачивание» смертности
- Синдром «рикошета»
- Низкая вероятность правильной реакции пациентов при высоком уровне ложно положительных результатов
- Отсутствие предсказанных позитивных результатов (накопление фактов)
- Значительные затраты денег и времени

<b>Изменение отношения</b>	<b>Усвоение знаний</b>	<b>Изменение мотиваций</b>	<b>Снижение факторов риска</b>	<b>Изменение привычек, поведения</b>	<b>Повышение уровня здоровья</b>
1 год	2 года	3 года	4 года	5-6 лет	8-10 лет
		Снижение смертности от ОИМ	Снижение смертности от МИ, ИМ Общей смертности		

*«Никто не доказал, что специалисты, занимающиеся медицинской профилактикой, не правы. Просто оказалось, что никто больше не заинтересован в их аргументации. Это произошло как в академической, так и в практической сферах. здравоохранение настолько отклонилось от санитарии и профилактики, что в медицинской профилактике остались люди «потерявшие связь с реальностью», «одержимые», подобные альпинистам или астрономам».*

(Евробюро ВОЗ, Женева, 1995 г.)