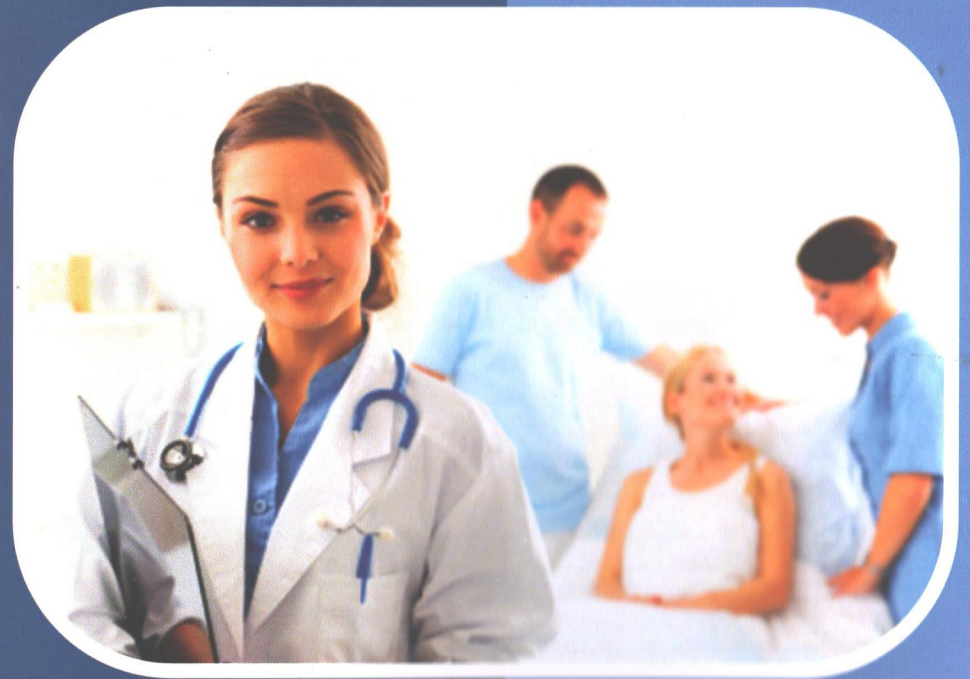


57.1
#1-89

Жунусова Д.К. Дербисалина Г.А.,
Бекбергенова Ж.Б., Умбетжанова А.Т.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ



УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

51.1973
И-88

НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Жунусова Д.К., Дербисалина Г.А.,
Бекбергенова Ж.Б., Умбетжанова А.Т.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Учебное пособие



Караганда, 2020

УДК 614 (075)

ББК 51.1 я 73

О 26

Рецензенты:

1) Абзалова Р.А. - председатель правления национальной ассоциации «Primary Health Care», д.м.н., профессор.

2) Жаксылыкова Г.А. - проректор по образовательной деятельности НАО «Медицинский университет Астана», д.м.н., профессор.

3) Койков В.В. – руководитель Центра развития образования и науки Республиканского центра развития здравоохранения, д.м.н.

О 26 Жунусова Д.К. Дербисалина Г.А., Бекбергенова Ж.Б., Умбетжанова А.Т./ **Обучение пациентов:** учебное пособие. Караганда: ИП «Издательство «АҚНҰР». – 2020. – 90 стр.

ISBN 978-601-7598-16-7

Методические рекомендации предназначены для бакалавров специальности «Сестринское дело» высших учебных заведений, специалистов сестринского дела ПМСП (первичная медико-санитарная помощь). В нем даны общие сведения о принципах обучения пациентов в условиях стационара и ПМСП, а также освещены стратегии обучения при наиболее распространенных состояниях и заболеваниях.

Утверждено и рекомендовано к изданию комиссией по академической и научной работе Сената НАО «Медицинский университет Астана» от 04.05.20 протокол № 4

УДК 614.253.8:378.147

ББК 51.1я73

ISBN 978-601-7598-16-7

© Коллектив авторов, 2020

© ИП «АҚНҰР», 2020

Перечень сокращений

АГ	Артериальная гипертензия
АД	Артериальное давление
АПФ	Ангиотензин-превращающий фермент
ДК	Диабетический кетоацидоз
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
НКГС	Некетозный гипертонический синдром
СД	Сахарный диабет
СД 1	Сахарный диабет 1 типа
СД 2	Сахарный диабет 2 типа
СМИ	Средства массовой информации
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ЧСС	Частота сердечных сокращений
HbA1c	Гликированный гемоглобин

Оглавление

	Стр.
Введение	5
1. Мировой опыт обучения пациентов медицинскими работниками	6
2. Научные исследования эффективности обучения пациентов медицинскими работниками	8
3. Самоменеджмент при хронических заболеваниях	9
4. Цели обучения пациентов	11
5. Преподавание и обучение	15
6. Роль медсестры в преподавании и обучении	18
7. Обучение – как общение	19
8. Основные принципы обучения	19
9. Стиль обучения и предпочтения	24
10. Мотивация к обучению	25
11. Обучение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	26
12. Обучение пациентов с сахарным диабетом, тип 1	38
13. Обучение пациентов с сахарным диабетом, тип 2	50
14. Обучение пациентов в педиатрии	65
15. Обучение пациентов при судорожном синдроме	68
Заключение	70
Тестовые задания	71
Список использованной литературы	79
Приложение <i>Обучение уходу за стопами при сахарном диабете</i>	87

Введение

Значение обучения пациентов невозможно переоценить. Способность медицинской сестры эффективно преподавать, оптимизировать знания, навыки, способности к самообслуживанию пациентов и их способность делать осознанный выбор (Falvo, 2016) [1]. Обучение не является задачей, это практика, которая требует от медсестер активного вовлечения пациентов в удовлетворения индивидуальных потребностей в обучении. Несмотря на трудности в быстро меняющейся среде здравоохранения, реализация эффективных и действенных методов преподавания достижима. Пациенты и члены их семей нуждаются в санитарном просвещении для принятия обоснованных решений о своем здоровье и образе жизни. С нынешней тенденцией сокращения времени пребывания в стационаре, увеличение числа пациентов с хроническими состояниями, качественное обучение пациентов стало еще более важным. Начальное обучение пациентов чаще происходит в больнице, когда пациенты находятся на острой стадии своего заболевания, и образование может быть не завершено ко времени выписки.

Обучение пациентов когда-то было работой врачей, но сегодня медсестры берут на себя обязанность обучать пациентов и помогают им стать ответственными за состояние своего здоровья. Пациенты должны принимать активное участие в своем лечении, для этого им необходимо понимать свое состояние и прикладывать усилия, чтобы предотвратить или минимизировать осложнения любых хронических заболеваний.

Обучение пациентов должно быть всеобъемлющим и понятным. Медицинские работники должны признать, что многим пациентам не хватает возможности не только понять медицинскую информацию, но и решить, что делать с ней. Медсестры являются не только основным источником информации для людей, приспособившихся к проблеме со здоровьем, но часто выступают в роли человека, разъясняющего информацию, предоставляемой врачами и другими поставщиками медицинских услуг (Bergh, Friberg, Persson, et al., 2015) [1]. В условиях первичной медико-санитарной помощи медсестры часто являются основным источником информации об укреплении здоровья и профилактике заболеваний. Учитывая пациент-ориентированный подход к обучению пациентов, медсестра помогает пациентам быть активными участниками их образования и иметь больше возможностей самостоятельного управления своих потребностей.

1. Мировой опыт обучения пациентов медицинскими работниками

Впервые обучение пациентов началось с исследований Leon Miller (1972 г.) в популяции нескольких тысяч американцев мексиканского происхождения в Лос-Анджелесе. Обучая больных сахарным диабетом (СД), она снизила ежегодное число дней госпитализаций на больного с 5,4 до 1,7 [2]. Это впервые показало успех обучения больных в то время, когда уже были доступны эффективные терапевтические средства: высокоочищенный инсулин, домашний самоконтроль и антибиотики широкого спектра. Постепенно снизилась частота декомпенсаций диабета, кетоацидотической и гипогликемической комы примерно на 80%. Ампутации в группе риска больных с заболеваниями периферических сосудов и потерей болевой чувствительности были снижены примерно на 75%. В это же время технический прогресс позволил больным проводить домашний самоконтроль уровня сахара в крови ежедневно для управления своим заболеванием. С 1993г. организуется наблюдение за больными совместно с врачами, медсестрами, диетологами и психологами. Так, пациенты должны были предоставлять свои гликемические профили каждые 2 недели и показывать, как они адаптируют своё лечение. Обычные рекомендации давались по телефону или факсу. Для поддержания мотивации в обязательном порядке привлекались психологи.

Также, существует еще один наглядный пример обучения пациентов в Японии. С 1967 года в 150 городах страны ежегодно проводится Национальная диабетическая неделя. В течение этой недели врачи, медицинские сестры, диетологи и психологи дают бесплатные консультации, демонстрируют фильмы, раздают полоски для скрининга. Кроме того, в течение последних 15 лет ежемесячная программа по диабету транслируется по национальному радио. С 1995 года данное мероприятие дополнено еженедельной лекцией по радио о лечении диабета. Наконец, с 1961 года Японское диабетическое общество опубликовало "Руководство по лечению диабета" для больных и их родственников, которое освещает основные вопросы по заболеванию, контролю гликемии, режимам противодиабетического лечения и предотвращению осложнений диабета. Поскольку СД на ранних стадиях часто протекает

бессимптомно, характеризуется незаметным началом, с отрицательными тестами мочи и отсутствием гипергликемии, больные могут недооценить серьёзность этого заболевания. Поэтому необходимы некоторые объяснения, научно обосновывающие подход к лечению. Наиболее важным является объяснение опасности передозировки инсулина.

Погружение в 1989г. диабетологических клиник в проблему обучения больных сахарным диабетом выявило основную проблему – их нежелание обучаться. Это было связано с:

- незаметным началом СД;
- часто отрицательными тестами на сахар крови;
- отсутствием внезапного ухудшения состояния при несоблюдении диеты;
- расхождением клинических и метаболических параметров.

Взаимодействие между медицинскими работниками и пациентами является необходимым этапом в повышении качества самолечения больных. Для этой цели медицинский персонал вовлекается в амбулаторные и госпитальные обучающие программы во многих клиниках Японии. В 1989г. эта инициатива была поддержана и спонсирована Министерством здравоохранения более, чем в 850 лечебных учреждениях, в которых периодически проводились курсы по обучению больных диабетом. Эти курсы обычно длились 1месяц и состояли из 2-х часовых сессий в неделю, включающих лекции и практические занятия. В Центральном госпитале Saiseikai в Токио, был организован командный подход к обучению больных, амбулаторный курс проводился один раз в неделю на протяжении 4-х недель для вновь диагностированных больных диабетом и членов их семей, особенно для тех, кто готовит пищу для пациента [2].

Сама по себе информация оказывает очень незначительное влияние на эффективность лечения. Медицинские работники должны инициировать сложный познавательный процесс у больных, чтобы позволить им принять активное участие в управлении их заболеванием. Помочь больному научиться - это процесс, совершенно отличный от простой передачи информации. Чтобы использовать эти знания пациенты должны сами адаптировать их к своим индивидуальным, социальным и профессиональным условиям. Необходимо научиться слушать больных и направлять усилия на предотвращение рецидива заболевания.

2. Научные исследования эффективности обучения пациентов медицинскими работниками

В последние годы проводится много исследований, доказывающих высокую эффективность обучения пациентов, особенно с хроническими заболеваниями. К примеру, исследование о влиянии обучающих программ на здоровье пациентов скандинавскими учеными. В одном из них они изучали эффективность групповых и индивидуальных занятий для пациентов с хроническим полиартритом. Grønning, Rannestad, Skomsvoll и соавт. (2013) провели рандомизированное клиническое исследование, в котором хотели узнать, поможет ли комбинация групповых и индивидуальных учебных занятий улучшить самочувствие пациентов и повысить качество их жизни [3].

Контрольная группа не получала никакого обучения, тогда как группа вмешательства участвовала в трех структурированных групповых учебных занятиях под руководством медсестры, с последующей индивидуальной образовательной сессией. Групповые занятия имели продолжительность 45 минут и проводились с 2-недельными интервалами. Первое групповое занятие посвящено разбору основного заболевания - артрита, его характеристике, симптоматике и прогнозу. Второе групповое занятие освещало основные методы лечения артрита, фармакологические препараты и их побочные эффекты. На третьем групповом занятии пациенты изучали основы здорового образа жизни, питания, физические упражнения, включая самоменеджмент, а также навыки, помогающие приспособиться к жизни с артритом.

За этими тремя занятиями следовала индивидуальная учебная сессия, основанная на вопросах, интересующих пациентов, их опыте заболевания и постановке целей для улучшения самочувствия. Оценка полученных данных проводилась с помощью последующего опроса и анкетирования. Результаты показали, что через 12 месяцев пациенты из группы вмешательства отмечали уменьшение активности патологического процесса, улучшение общего состояния и самочувствия, а также улучшения качества жизни по сравнению с контрольной группой. Результаты также показали, что комбинированный групповой и индивидуальный подход к обучению пациентов полезен и позволяет эффективно использовать время для

предоставления информации пациентам, помогая им исследовать свои собственные потребности. Этот подход продемонстрировал необходимость постоянного взаимодействия между медицинским работником и пациентом для достижения лучших результатов.

3. Самоменеджмент при хронических заболеваниях

Уровень хронических заболеваний имеет тенденцию к увеличению в связи с ростом населения пожилого возраста. Самоменеджмент хронических заболеваний включает в себя значительный образовательный компонент, фокусирующийся на знании хронических заболеваний и навыках самоуправления. Целью обучения самоменеджменту является предоставление пациентам и их семьям информации и знаний, необходимых им для понимания заболевания, а также навыков управления и ведения их хронического недуга. Этот личностно-ориентированный подход основан на представлении о том, что результаты лечения пациентов улучшаются, если пациенты не только понимают свою болезнь, но и развивают знания и навыки для «выявления и решения проблем, связанных с жизнью с хроническим заболеванием» (Stenburg, HaalandOverby, Fredriksen, et al. al., 2016, p. 1760) [1]. Хотя обучение пациентов самоменеджменту может быть предложено в различных условиях и с использованием различных методов, исследования выявили некоторые общие преимущества и проблемы: пациенты показали лучшую осведомленность о своем состоянии, почувствовали меньше симптоматических расстройств и приобрели навыки самоуправления, а некоторые сообщили об улучшении качества жизни.

Участники сообщили, что взаимная и социальная поддержка, обучение и общение привели к тому, что они чувствовали себя менее изолированными, они извлекли уроки из опыта других людей с хроническим заболеванием. Узнав, каким образом другие смогли справиться со своим заболеванием, участники выразили надежду овладеть способностью жить со своим хроническим заболеванием в будущем. Внедряя личностно-ориентированный подход к самостоятельному обучению пациентов, медсестры могут облегчить понимание пациентами своего хронического заболевания и возможностью жить с этим заболеванием, что приводит к повышению уверенности пациентов в их способности адаптировать

свою жизнь к хроническому заболеванию и ориентироваться в системе здравоохранения, что в конечном итоге ведет к повышению качества жизни [4].

Для того, чтобы медсестры были эффективными педагогами, им необходимы такие знания и умения, как критическое мышление, навык общения, способность к сотрудничеству, профессионализм и лидерские качества (Канадская ассоциация школ медсестер [CASN], 2015). Медсестры оказывают профессиональную помощь своим пациентам, независимо от того, являются ли они отдельными лицами, семьями или группами. Обучение пациентов требует критического мышления и использования имеющихся наилучших аргументированных и доказательных решений в клинической сестринской практике.

Медсестры регулярно общаются и сотрудничают с другими специалистами здравоохранения. Их отношения с пациентами и их положение в медицинской команде приводят к тому, что медсестры часто берут на себя руководящую роль в санитарном просвещении. За последние несколько десятилетий широкая общественность стала более настойчивой в поиске знаний, понимании здоровья и поиске ресурсов, доступных в системе здравоохранения. Медсестры должны помогать пациентам перемещаться по всей доступной им информации через все виды СМИ. Интернет и другие виды технологий (телездравоохранение, электронное здравоохранение) предоставляют медсестрам и пациентам огромное количество информации, надежность которых может вызывать сомнение. Пациентам необходима информация относительно выбора надежных ресурсов. Медсестрам необходимо обсуждать с пациентами критерии оценки источников достоверности и надежности, обучать пациентов использованию социальных сетей и технологий в качестве средства предоставления медицинской информации.

Учебный материал, предоставляемый медсестрами, должен соответствовать правилам авторского права и содержать ссылки как на письменную информацию, так и на иллюстрации, которые используются для поддержки обучения пациентов.

Медсестре, занимающейся обучением пациентов, необходимо помнить о растущем внимании к научным данным в виде доказательств эффективности или действенности тех или иных терапевтических вмешательств. Она также должна иметь представление о том, что такое обоснованные доказательства,

происходящие из клинических наблюдений и исследований. Поскольку критическое мышление необходимо для сестринского ухода, необходимо помнить, что знания ограничены, убеждения меняются, а выводы временны. Тем не менее, хорошо продуманный, всеобъемлющий план обучения, который отвечает потребностям пациента, может улучшить качество оказываемой медицинской помощи, помочь пациентам оптимально адаптироваться, повысить их независимость и сократить расходы на здравоохранение (Bastable, 2017) [1].

4. Цели обучения пациентов

Целью обучения пациентов является оказание помощи отдельным людям, семьям или сообществам в достижении оптимального здоровья (Edelman, Kudzma, & Mandle, 2014). Образование является важной составляющей первичной медико-санитарной помощи. Оно помогает развивать знания, понимание и навыки, необходимые для поддержания, улучшения и управления своим здоровьем, помогает сократить расходы на здравоохранение (Bergh et al., 2015) [1].

Обучение пациентов имеет три основные цели:

- Поддержание и укрепление здоровья, профилактика заболеваний
- Восстановление здоровья
- Улучшение качества жизни при нарушении функций

Поддержание и укрепление здоровья, профилактика заболеваний

Обучите пациентов следующим вопросам:

- Первая помощь
- Ресурсы здравоохранения (например, Интернет)
- Предотвращение факторов риска (например, курение, алкоголизм, ожирение)
- Управление стрессом
- Надлежащее соблюдение гигиены
- Иммунизация (например, рекомендации, риски и преимущества)

- Пренатальный уход и питание детей
- Безопасность (в домашних условиях и в медицинских учреждениях)
- Скрининг общего состояния (например, измерение артериального давления, определение уровня холестерина и т.д.)
- Изменение модели поведения (например, отказ от курения, лечение от злоупотребления психоактивными веществами).

Медсестры предоставляют информацию и навыки, необходимые пациентом для поддержания, управления и улучшения своего здоровья. Например, в дородовых классах медсестры рассказывают будущим родителям о развитии плода, физических и психологических изменениях будущей матери во время беременности, о важности выбора здоровой пищи, физических упражнений и исключения веществ, которые могут нанести вред плоду. Обогащение знаниями приводит к улучшению здоровья. Если пациент более внимателен к своему здоровью, он с большей вероятностью будет эффективнее управлять своим здоровьем и стремиться к ранней диагностике проблем, связанных со здоровьем (Zuniga, Kirk, Mier, et al., 2012) [1]. В связи с легкой доступностью к Интернету и веб-сайтам, связанным со здоровьем, пациенты получают прямой доступ к большому количеству медицинской информации и ресурсов. Использование социальных сетей, интерактивных информационных сайтов о здоровье и приложений для смартфонов может улучшить санитарное просвещение и самоменеджмент пациентов (Nimkar, 2016) [1].

Восстановление здоровья

Обучите пациентов следующим вопросам:

- Заболевание пациента: анатомия и физиология органов или систем, затронутые болезнью
- Причина заболевания
- Происхождение симптомов
- Ожидаемое влияние на другие органы и системы организма
- Прогноз
- Ограничение функциональной деятельности
- Обоснование лечения
- Медикаменты

- Альтернативные методы лечения (данные о рисках и преимуществах)
- Методы лечения
- Сестринский уход
- Хирургическое вмешательство
- Ожидаемая продолжительность лечения
- Персонал больницы
- Последствия долгосрочного ухода
- Методы участия пациента в лечении
- Ограничения, связанные с заболеванием или хирургическим вмешательством

Многие пациенты ищут информацию и навыки, которые бы помогли им управлять, восстанавливать или поддерживать свое здоровье. Однако есть более пассивные пациенты, которым трудно адаптироваться к болезни. Медицинской сестре необходимо научиться выявлять препятствия для обучения, определять готовность пациентов к овладению информацией и помогать мотивировать их интерес (Лондон, 2016 г.) [1]. Семья может быть жизненно важной частью возвращения пациента к здоровью, и им, возможно, необходимо знать столько же, сколько самому пациенту. Если медсестра исключает семью из учебного плана, это может привести к возникновению конфликтов относительно ухода за пациентом. Например, семья может не понять необходимость в восстановлении самостоятельной функции, и их усилия могут привести к зависимости пациента от членов семьи и, следовательно, замедлять выздоровление пациента. Для медсестры также важно оценить отношения между пациентом и семьей, прежде чем включать семью в план обучения [1].

Улучшение качества жизни при нарушении функций

Обучите пациентов следующим вопросам:

- Домашний уход
- Медикаменты
- Внутривенная терапия
- Диета
- Физическая активность
- Вспомогательные устройства для самопомощи
- Реабилитация сохранившихся функций

- Смежные медицинские услуги (например, физиотерапия, трудотерапия, логопедия)
- Профилактика осложнений
- Знание факторов риска
- Последствия несоблюдения терапии
- Изменения окружающей среды (условий жизни)
- Самопомощи и группа поддержки

Обучение пациентов является важным аспектом сестринского ухода. Будь то обучение молодой мамы купанию новорожденного ребенка или обучение взрослого, который живет с хронической болезнью сердца, успешный результат зависит от качества обучения и поддержки медсестры. Иногда пациентам необходимо научиться справляться с постоянными изменениями здоровья. Например, пациент, который теряет способность говорить после операции на гортани, должен научиться новым способам общения. Пациент с тяжелой болезнью сердца должен научиться избегать некоторых факторов риска, которые могут привести к дальнейшему повреждению сердца. После того, как потребности пациента определены, и семья продемонстрировала готовность помочь, медсестра учит членов семьи помогать пациенту справляться с некоторыми манипуляциями (например, давать лекарства через желудочные трубки или выполнять другие мероприятия)

5. Преподавание и обучение

Преподавание – это интерактивный процесс, способствующий обучению. Преподавание и обучение, как правило, начинаются, когда человек определяет необходимость в получении знаний или приобретения способности что-либо делать. Медсестра-преподаватель предоставляет информацию, побуждая пациента заниматься деятельностью, которая приводит к желаемым изменениям. Преподавание более эффективно, когда оно учитывает потребности ученика, стиль обучения и возможности. Медсестра оценивает эти потребности, задавая вопросы, наблюдая за пациентом и определяя интересы пациента. Благодаря успешному обучению пациенты могут освоить новые навыки или изменить существующие взгляды (Bastable, 2014) [3].

Эффективное обучение пациентов

Ниже приведены 10 стратегий, которые помогут медсестрам включить обучение в свою повседневную практику.

1. *Начните прямо сейчас.* Обучение действительно должно начинаться во время первого контакта с пациентом. Уже во время осмотра и диагностики медсестра может определить потребности и проблемы пациента и его семьи, а также уровень их образования.

2. *Документирование учебного процесса.* Важно документировать процесс обучения с момента поступления и до выписки, так как это может повлиять на оценку преподавания, а также помочь новым медсестрам освоить эффективные стратегии. Хорошая документация (записи) могут помочь сохранить преемственность при уходе за пациентом при переходе от одной медсестры к другой. Современные технологии сделали учебные материалы для пациентов более доступными. Образовательные ресурсы могут быть настроены и распечатаны для пациентов одним нажатием кнопки.

3. *Ставьте цели вместе.* С самого начала медсестра и пациент должны вместе определиться с целями и задачами, это является гарантией, что пациент понимает цели и почему их достижение важно. Будьте готовы постоянно оценивать и переформулировать цели и задачи по мере обучения пациента. Не просто передавайте пациенту стопку бумаг для чтения. Просмотрите их с пациентами и убедитесь, что они понимают инструкции, ответьте на возникающие

вопросы. Некоторые ресурсы доступны на нескольких языках. Стимулируйте интерес пациента. Необходимо, чтобы пациенты понимали, почему это важно. Установите взаимопонимание, задавайте вопросы и отвечайте на них, а также рассматривайте конкретные проблемы пациентов. Например, некоторым пациентам может потребоваться подробная информация о каждом аспекте состояния их здоровья. Других могут интересовать только факты, и сделать это лучше простым контрольным списком.

4. *Подчеркните необходимые стратегии.* Пациенты должны быть мотивированы необходимостью заботиться о себе. Поэтому медсестры должны подчеркнуть эти стратегии. Попросите пациента рассказать вам, что он может сказать про свое заболевание или объяснить (шаг за шагом) лечение своему близкому человеку. Подключите членов семьи. Вовлечение семьи в обучение пациентов повышает вероятность того, что ваши инструкции будут выполнены. Во многих случаях вы будете предоставлять большую часть инструкций членам семьи. Семьи играют важную роль в управлении здравоохранением. Обучение членов семьи может быть одним из наиболее сложных, но в то же время полезных элементов обеспечения сестринского ухода.

5. *Сроки - это все.* Выберите взаимно согласованное время для обучения. Ищите время, подходящее как для вас, так и для пациента. Например, пациентам, которые только что услышали свой диагноз, может потребоваться время для осмысления этой информации, прежде чем они будут открыты для обучения. Также, старайтесь выбирать время, когда вас не будут прерывать, и пациент не будет отвлекаться на посетителей, время приема пищи и т. д.

6. *Узнайте, что пациенты уже знают о своем состоянии.* Медсестре нет необходимости тратить время на изучение того, что пациент уже знает. Это время лучше потратить на обучение других аспектов. Если пациент уже знает, как ему нужно принимать лекарства, но не всегда это делает, возможно, учебное время лучше потратить на мотивацию пациента систематически принимать необходимые препараты, заботиться о себе.

7. *Учитывайте уровень образования и грамотность пациента.* Не все пациенты могут понимать сложные медицинские термины, а некоторые даже не могут их прочитать. Некоторые пациенты могут быть очень образованными и знакомыми с медицинской терминологией, имеют доступ к интернет-ресурсам. Приспособьте

свое обучение к уровню понимания каждого пациента, чтобы быть наиболее эффективным. Дайте пациенту информацию с точки зрения непрофессионала. Используйте наглядные пособия как можно чаще. У пациентов разные стили обучения. Узнайте, учится ли ваш пациент лучше всего, посмотрев DVD или прочитав информацию. Практический подход, при котором пациент выполняет процедуру под вашим руководством, часто является наилучшим методом.

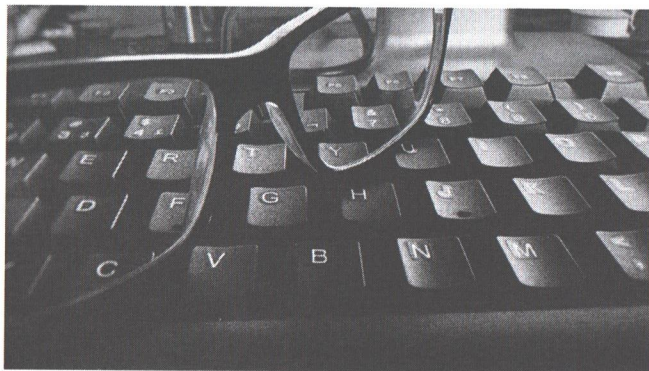
8. *Видеть и слышать - значит верить.* Настройте свое обучение в соответствии с физическими способностями пациента. Если пациент плохо слышит, он может не усвоить устные инструкции. Те, у кого проблемы со зрением, не смогут читать раздаточные материалы пациента. Учитывайте ограничения и сильные стороны пациента. Есть ли у пациента физические, умственные или эмоциональные нарушения, которые влияют на способность к обучению? Например, им могут понадобиться большие печатные материалы. Если у пациента нарушения слуха, используйте визуальные материалы и практические методы, вместо того, чтобы просто давать устные инструкции. Всегда предлагайте пациентам рассказать то, чему вы их научили. Часто люди кивают «да» или говорят, что они поняли, хотя на самом деле они действительно не услышали или не поняли. При обучении пациентов необходимо учитывать такие факторы, как усталость и шок от поставленного диагноза.

9. *Разбейте информацию на логические части.* Ищите те подходящие обучающие моменты, когда вы можете передать небольшие кусочки образования и привлечь пациента, оценивая его понимание. Гораздо легче вписаться в небольшой учебный момент, когда вы находитесь в комнате пациента, чем тратить большую часть времени в день выписки. И пациент не должен «переваривать» всю информацию сразу.

10. Учитывайте доходы и расходы пациента. Сделайте ваши рекомендации практичными, особенно для пациентов с фиксированным доходом.

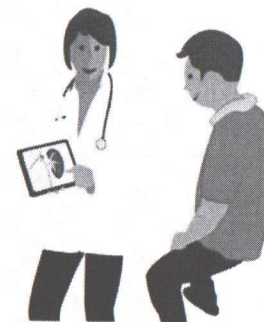
Спросите себя, когда обучаете пациентов: Вы - «терпеливый» учитель? Обучаете ли вы своих пациентов и проявляете ли вы терпение при этом? Все пациенты разные, и ваши стратегии должны быть гибкими, адаптируемыми и продуманными. Какие стратегии обучения вы используете во время своей сестринской практики? Какие методы преподавания наиболее успешны?

6. Роль медсестры в преподавании и обучении



Роль медсестры в обучении пациентов многогранна. Она включает создание или адаптацию среды для облегчения процесса обучения, использование подходов, ориентированных на пациента, оценку потребностей пациента в обучении и использование наиболее подходящей образовательной стратегии (Ассоциация зарегистрированных медсестер Онтарио [RNAO], 2012). Медсестры несут этическую ответственность за обучение своих пациентов и позволяют им самостоятельно управлять своим здоровьем (Redman, 2011). Информация, необходимая пациентам для принятия решений относительно своего ухода, должна быть точной, полной и соответствующей их потребностям. Медсестры должны предвидеть потребность в информации на основании общего состояния пациента (физического, психического, эмоционального, духовного), выявленных рисков и планов междисциплинарного лечения. Медсестры могут пояснять сведения, предоставляемые врачами и другими поставщиками медицинских услуг, и поэтому способны стать основным источником информации для пациента при адаптации его к проблемам со здоровьем (Bastable, 2017). Пациенты и их семьи часто обращаются к медсестрам за медицинской информацией, и в этом случае необходимо определить их потребность в материалах и обучении. Для того, чтобы быть эффективным педагогом-медсестрой, необходимо делать больше, чем просто передавать факты, нужно определить, что именно хочет знать пациент, найти время, когда он будет готов к обучению, и оценить влияние обучения на его результаты (Bastable, 2014, 2017; London, 2016) [1].

7. Обучение как общение



Эффективное обучение зависит от эффективного общения. Чтобы быть хорошим педагогом, медсестра должна проявлять эмпатию, быть проницательной и ясно выражать свои мысли. Многие внутриличностные переменные, такие как индивидуальная позиция, жизненные ценности, культура, эмоции и знания, влияют на стиль взаимоотношений между медсестрой и пациентом. Также, многое зависит и от мотивации самого пациента, его способности к обучению, физического и психологического здоровья, уровня образования и объема предыдущих знаний [1].

8. Основные принципы обучения

Прежде чем медсестры смогут обучать, они должны понять, как происходит процесс обучения в целом. Обучение зависит от среды обучения и от способности человека к обучению, стиля и наличия мотивации. Обучение может происходить как на обычных занятиях, которые включают запланированные учебные мероприятия, так и в некоторых ситуациях, которые позволяют медсестрам спонтанно использовать возможности обучения, возникающие при повседневном контакте с пациентами [1].

Среда обучения

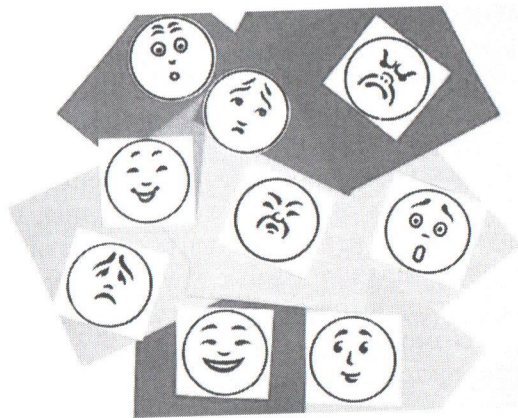
Обучение пациентов проводится в различных условиях: дома, в общественных центрах, классных комнатах и больничных палатах. Идеальная среда для обучения - это хорошо освещенная,

проветриваемая комната с соответствующей мебелью и комфортной температурой. Тихая обстановка с небольшим количеством отвлекающих факторов может помочь человеку сосредоточиться. Медсестры могут обеспечить конфиденциальность даже в загруженной больнице, закрыв занавески или приведя пациента в тихое место. Дома это может быть спальная комната. Если пациент желает, члены семьи или другие значимые для него люди также могут участвовать в обсуждении. Однако, чаще всего пациенты неохотно обсуждают свою болезнь при наличии в комнате людей, даже если это близкие члены семьи. Однако идеальная среда не всегда достижима, и вместо того, чтобы упустить обучаемый момент, медсестры могут максимально адаптировать среду, чтобы обеспечить конфиденциальность и свести к минимуму отвлекающие факторы.

Способность к обучению

Способность к обучению зависит от эмоциональных, интеллектуальных и физических возможностей, а также от уровня общего развития. Если в какой-то момент способность пациента к обучению нарушена, медсестра должна изменить или отложить учебную деятельность.

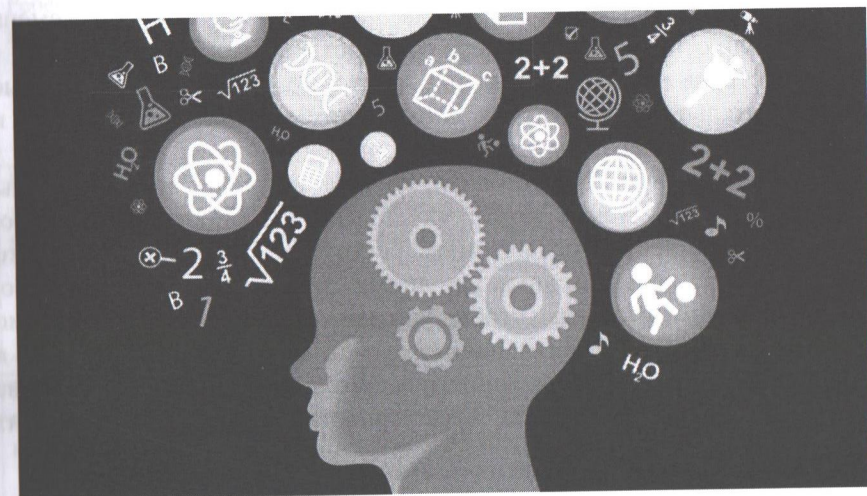
Эмоции



Эмоции могут помочь или наоборот, не позволить обучаться в полной мере. Легкое беспокойство может помочь человеку сосредоточиться. Однако, более высокий уровень тревоги может привести даже к потере трудоспособности, создавая неспособность

заниматься чем-либо. Перспектива перемен заставляет многих беспокоиться. Тяжело больные люди, которые сталкиваются с многочисленными проблемами, могут быть крайне обеспокоены и расстроены. Медсестры должны быть чувствительны к уровню тревоги пациента. Если человек испытывает беспокойство, медсестре необходимо ему помочь. Это может быть техника релаксации перед попыткой приступить к обучению.

Интеллект



Пациенты имеют разные уровни интеллектуальных способностей. Медсестре следует оценить знания и интеллектуальный уровень пациента перед началом учебного плана. Например, измерение порций жидкой или твердой пищи требует умения выполнять математические вычисления. Чтение ярлыка с лекарством или инструкции требует навыков чтения и понимания. Следование указаниям при самообслуживании требует понимания и применения навыков.

Физическая способность

Способность к обучению часто зависит от физического здоровья. Чтобы освоить психомоторные навыки, пациент должен обладать необходимой силой, координацией и остротой чувств.

Медсестре не следует переоценивать физические возможности пациента.

Необходимы следующие физические характеристики для обучения психомоторным навыкам:

- Размер (рост и вес, достаточные для выполнения задания или использования оборудования, такого как ходьба на костылях)
- Сила (способность пациента следовать программе физических упражнений)
- Координация (ловкость необходима для выполнения сложных двигательных навыков, таких как пользование посудой, смена повязки или открытие контейнера с лекарственными средствами)
- Острота чувств (зрительные, слуховые, тактильные, вкусовые и обонятельные ощущения необходимы для получения и реагирования на передаваемые сообщения).

Любое физическое состояние, которое истощает энергию (боль, усталость, голод), также может ухудшить способность к обучению. Например, пациент в ослабленном состоянии, который только что провел много времени, проходя диагностические тесты, вероятно, будет слишком утомлен, чтобы учиться. Медсестрам необходимо оценить уровень энергии пациента, отметив готовность пациента к общению, степень его активности и его способность отвечать на вопросы. Обучение может быть приостановлено, если пациент нуждается в отдыхе.

Уровень общего развития

Возраст и уровень общего развития влияют на способность к обучению. Без надлежащего биологического, моторного, языкового и личностно-социального развития многие виды обучения не могут быть реализованы (табл. 1).

Таблица 1. Методы обучения, основанные на способности пациента к обучению в зависимости от возраста

Возрастной период	Методы обучения
Новорожденный	При процедурах кормления или купания держите ребенка бережно, но крепко, улыбаясь и мягко разговаривая, чтобы передать чувство доверия. Прикоснитесь к младенцу различными текстурами (например, мягкая ткань, жесткий пластик).
Ребенок в возрасте 1 года	Используйте игру, чтобы научить какой-либо процедуре или деятельности (например, обращаться с оборудованием для осмотра, накладывать повязку на куклу). Предложите иллюстрированные книги, которые описывают историю детей в больнице. Используйте простые слова
Ребенок дошкольного возраста	Используйте ролевые игры, имитацию и игры, чтобы сделать обучение веселым. Поощряйте вопросы и предлагайте объяснения; используйте простые слова и демонстрации. Предлагайте нескольким детям учиться вместе с помощью рисунков и коротких рассказов о том, как выполнять какую-то манипуляцию или действие.
Ребенок школьного возраста	Научите необходимым психомоторным навыкам (сложные навыки, такие как обучение использованию шприца, могут потребовать значительной практики). Предоставьте возможность обсудить проблемы со здоровьем и ответить на вопросы.
Подросток	Помогите подростку научиться навыку самовыражения. Взаимодействуйте и поощряйте сотрудничество с подростками в преподавательской деятельности. Пусть подросток принимает решения об укреплении здоровья (безопасность, половое воспитание, токсикомания)
Люди молодого и среднего возраста	Поощряйте участие в учебном плане, устанавливая общие цели Поощряйте самостоятельное обучение Предложите информацию, чтобы пациент мог понять последствия проблем со здоровьем.
Пожилые люди	Начинайте процесс обучения, когда пациент отдохнувший. Вовлеките взрослого в обсуждение или деятельность. Используйте подходы, которые улучшают восприятие пациентов с нарушениями чувствительности Желательно, чтобы учебные занятия были короткими.

9. Стиль обучения и предпочтения

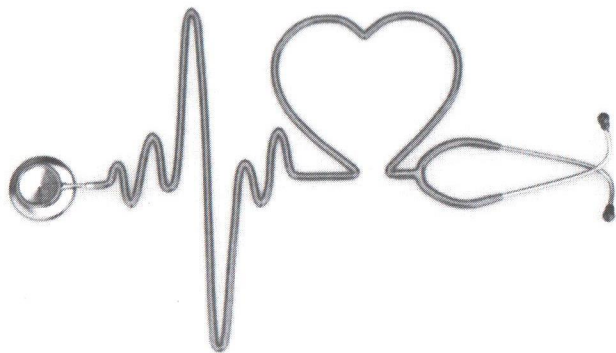
У каждого человека свой стиль обучения. Человек обрабатывает информацию по-разному: видит и слышит, размышляет и действует, логически и интуитивно рассуждает, анализирует и визуализирует. Некоторые люди визуальные ученики: они учатся лучше всего, наблюдая. Аудиовизуальные презентации и визуальные демонстрации лучше всего подходят для этого типа учащихся. Другие люди - кинестетические ученики: они обучаются лучше, когда могут манипулировать инструментами и узнают, как они работают. Некоторые люди учатся, делая подробные записи, другие предпочитают только слушать. Некоторые люди должны быть вовлечены в действия и обсуждения, чтобы учиться эффективно. Другие могут быть слишком стеснительными, чтобы участвовать в дискуссиях, и предпочитают учиться на организованной, структурированной презентации. Экологические, социальные, эмоциональные, психологические и физические стимулы влияют на людей по-разному. Некоторые люди предпочитают полную тишину в учебной среде, тогда как другие предпочитают фоновые звуки. Некоторые предпочитают учиться в группе, другие - самостоятельно. Разные люди предпочитают различное время для обучения. При разработке учебных планов вы должны оценить предпочтения пациента и предложить определенный стиль обучения. В группах это может оказаться невозможным. Тем не менее, включение комбинаций различных подходов обучения может обеспечить удовлетворение предпочтений большинства людей в обучении (Bastable, 2017). Если пациент испытывает трудности с обучением, вы должны рассмотреть возможность изменения, чтобы приспособиться к другому стилю обучения [1].

10. МОТИВАЦИЯ К ОБУЧЕНИЮ



Мотивация – это готовность, желание человека учиться, и оно влияет на поведение человека (Pender, Murdaugh, & Parson, 2015). Если человек не хочет учиться, обучение вряд ли произойдет. Стимулы для мотивации варьируются и могут быть социальными, физическими или мотивы овладения мастерством. Социальные мотивы связаны с самооценкой и необходимостью социального одобрения. (Stevinson, Wiltshire, & Hickson, 2015). Мотивы овладения мастерством обусловлены стремлением к достижению. Например, ученик средней школы с диабетом учится определять уровень глюкозы в крови и дозу инсулина, прежде чем покинуть дом и обрести независимость. Желание жить самостоятельно и управлять болезнью обеспечивает мотивацию для выполнения задачи или навыка. После достижения успеха у человека обычно появляется мотивация достичь большего. Физические мотивы происходят от желания сохранить и улучшить здоровье. Пациенты, мотивированные необходимостью выжить или преодолеть трудности, часто более мотивированы, чем те, кто хочет просто улучшить свое здоровье (Pender et al., 2015). Например, пациент, перенесший ампутацию ноги, может быть чрезвычайно мотивирован, чтобы научиться пользоваться вспомогательными устройствами, тогда как пациент с избыточным весом, но в основном здоровый, может не быть мотивирован на физические упражнения [1].

11. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) поражают сердце и кровеносные сосуды и включают в себя многочисленные клинические состояния, включая артериальную гипертензию (АГ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), аритмию, проблемы с сердечными клапанами, сердечную недостаточность, инсульт и врожденные сердечно-сосудистые дефекты.

• Что такое обучение пациента с ССЗ и его семьи?

Обучение пациентов и их семей пациентам с ССЗ- это процесс предоставления информации о заболевании и лечении пациенту и его семье для улучшения знаний, обучения навыкам самоконтроля и повышения способности справляться с хроническим заболеванием. Процесс преподавания включает в себя обучение стратегиям профилактики, раннему выявлению и диагностике, целям и стратегиям лечения, навыкам самоконтроля и управлению осложнениями.

- Начальное обучение происходит в стационаре, и обычно фокусируется на основных проблемах о текущем состоянии индивидуума, анализах и лечении

- Последующее обучение по ССЗ в больнице и в амбулаторных условиях фокусируется на управлении симптомами, приеме лекарственных препаратов, изменении факторов риска, диете, повседневной активности и физических упражнениях.

• Как происходит обучение пациента?

Различные учебные и мотивационные мероприятия могут использоваться в качестве образовательных стратегий для поддержки обучения пациента и семьи; к ним относятся интерактивный диалог,

прямые инструкции, печатные материалы, использование Интернета и других компьютерных технологий, видео- и аудиозаписи, обучающие презентации для пациента и его семьи, групповые образовательные и обучающие программы, группы поддержки и группы самопомощи

- Наиболее эффективные стратегии преподавания включают в себя сочетание деятельности, которая включает индивидуальное обучение и определенный уровень личной заинтересованности и участия со стороны пациента.

• Где происходит обучение пациента?

Пациенты с ССЗ обычно получают медицинскую помощь и обучение в различных медицинских учреждениях, включая стационар, поликлиники, частные клиники и т. д.

- Важное значение имеет предоставление последовательной и постоянной информации на всех этапах оказания медицинской помощи.

• Кто обучает пациента?

Обучение пациентов с ССЗ и его семьи обеспечивается медицинскими работниками (врачами, медсестрами, фармацевтами, диетологами, работниками отделения реабилитации) и не должно делегироваться лицам без соответствующего образования

Каков желаемый результат при обучении пациентов с ССЗ и его семьи?

Эффективное обучение может расширить возможности пациента и его семьи и позволить им:

- лучше понять заболевание и его последствия
- рассмотреть риски и преимущества вариантов лечения (например, диета, физические упражнения, медикаментозное лечение, не инвазивная терапия, хирургические вмешательства) и участвовать в совместном принятии решений с лечащим врачом
- выработать навыки, необходимые для самоконтроля при заболевании (например, мониторинг АД и суточного веса, самостоятельное введение лекарств, участие в реабилитационных мероприятиях и упражнениях);
- использовать эффективные стратегии лечения при появлении определенных симптомов (например, признаки стенокардии, появление усталости, усиление отеков, снижение толерантности к физической активности, одышка, головокружение)

- активно участвовать в предписанных схемах лечения, которые снижают риск осложнений (например, упражнения для ног с целью уменьшения риска тромбоза глубоких вен)

- участвовать в изменении образа жизни (например, хорошее питание, систематические физические упражнения, регулярные осмотры) для предотвращения или снижения риска осложнений

- улучшить показатели здоровья, включая нормализацию показателя артериального давления, уменьшение появления симптомов, повышение физической активности и уменьшение частоты возникновения осложнений

Почему так важно обучение пациентов с ССЗ и их семей?

Обучение направлено на то, чтобы дать пациентам и их семьям более четкое понимание диагноза, возможных вариантов лечения, ожиданий в будущем, а также помочь пациентам стать более вовлеченными в процесс самообслуживания и принятия решений о медицинской помощи и лечении. Эти усилия приводят к улучшению клинических результатов, снижению затрат на здравоохранение и снижению показателей повторной госпитализации.

Что нужно знать, прежде чем проводить обучение пациентов с ССЗ и их семей?

Стратегии для снижения риска ССЗ и предотвращения осложнений:

- Для пациентов с ССЗ Американская ассоциация кардиологов рекомендует здоровую диету, аэробные упражнения или другие физические нагрузки, отказ от курения. Для некоторой категории пациентов дополнительные стратегии включают потерю веса, лечение диабета, контроль артериального давления (АД) и гиперлипидемии, антиагрегантную терапию (прием аспирина), прием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), бета-блокаторов, антигипертензивную терапию и ежегодную вакцинацию против гриппа.

- Не рекомендуются гормонозаместительная терапия, антиоксидантные витамины, фолиевая кислота, добавки с омега-3 жирными кислотами и хелатная терапия

В 2014 году рекомендации по диагностике и ведению пациентов со стабильной ИБС были обновлены. Эксперты сходятся во мнении, что пациенты со стабильной ишемической болезнью сердца должны иметь индивидуальный план обучения, включающий в себя режим приема лекарств, соответствующие варианты лечения, физические

упражнения и повседневную активность, навыки самоконтроля, а также способы распознавания симптомов ухудшения заболевания. План должен включать информацию об образе жизни, касающуюся контроля веса, липидного контроля, контроля АД, прекращения курения и, в случае необходимости, индивидуального плана для пациентов с сахарным диабетом (СД); (Fihn et al., 2014)

- В британском исследовании 122 пациентов с ССЗ, которым назначали статины, 69% из тех, кто получил рекомендации по здоровому образу жизни, сообщили об изменении диеты и наличии физической активности; и только 31,4% из тех, кто не получил такие рекомендации, сообщили об изменениях в образе жизни. Несмотря на прием статинов, многие пациенты продолжали потреблять больше насыщенных жиров и меньше клетчатки и имели более низкий уровень физической активности, чем рекомендовано (McAleer et al., 2016)

- Хотя самоконтроль АД часто рекомендуется для пациентов с ССЗ, доказательства, подтверждающие эту практику, неясны. Авторы систематического обзора 52 сравнительных исследований обнаружили, что самоконтроль АД с дополнительной поддержкой или без нее (например, телеконсультация, поведенческий менеджмент, лекарственные упаковки с функцией календаря) приводит к снижению АД по сравнению с обычным лечением; однако долгосрочные преимущества этой практики остаются неопределенными (Uhlig et al., 2013).

Многие члены семьи пациентов, перенесших инсульт, обеспокоены стратегиями выживания и качеством жизни своих близких, тогда как медсестры часто сосредоточены на безопасном ведении после выписки домой, а также на факторах риска и патофизиологии после инсульта. Следовательно, медсестры должны проявлять гибкость и приспосабливаться к потребностям пациента и семьи. Медицинским работникам важно осознавать наличие стресса для членов семьи при уходе за пациентом и необходимость поддержки как самому пациенту, так и его семье (Cameron, 2013 г.).

Образовательные мероприятия, основанные на моделях веры в здоровье, помогают улучшить знания, отношение и поведение пациентов с ССЗ

- Для населения в целом, польза от консультирования и пропаганды здорового питания и физической активности невелика. В новом заявлении, предоставленном Целевой группой по профилак-

ческим услугам США, клиницистам рекомендуется выборочно консультировать пациентов и тщательно рассматривать такие вопросы, как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, готовность пациента к изменениям в образе жизни, социальная поддержка и ресурсы сообщества, а также приоритеты превентивной стратегии (LeFevre, 2014)

После выписки домой пациенты с сердечной недостаточностью особенно уязвимы. Для улучшения результатов предпринимались различные образовательные и клинические вмешательства.

• У 93х пациентов с сердечной недостаточностью проводились исследования, включающие телемониторинг веса, контроль АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и насыщения кислородом, обучение по самообслуживанию в отношении диетического питания, потребления жидкости, медикаментозного лечения, физических упражнений и стресс-менеджмента. Обнаружен эффект в снижении показателей повторной госпитализации, повышении уровня знаний пациентов и улучшении качества жизни (Delaney et al., 2013).

• Восемнадцать пожилых людей приняли участие в программе HF Self-care to Success, которую медсестры осуществляли на дому посредством телефонной связи. Через шесть месяцев после реализации программы ни один пациент не был повторно госпитализирован, и наблюдалось значительное улучшение самообслуживания (Bryant et al., 2014).

• Обучение пациентов с сердечной недостаточностью после выписки посредством телефонного консультирования показало эффективность в виде снижения повторной госпитализации (Симпсон, 2014 г.)

• Телемониторинг использовался у пациентов с сердечной недостаточностью, оказывалась поддержка при проведении самообслуживания и показано улучшение качества жизни. Пациенты, находившиеся под наблюдением, меньше госпитализировались (Hoban et al., 2013).

Наиболее успешные стратегии обучения пациентов с ССЗ и членов их семей - это индивидуальные образовательные стратегии

• Инструменты обучения пациента/семьи (например, раздаточные материалы, книги, DVD/видео) должны быть адаптированы к конкретным потребностям и приоритетам пациента и семьи.

• Информационные раздаточные материалы, ориентированные на визуальное восприятие (с диаграммами и небольшим количеством текста), должны быть легкими для чтения

• Все обучение должно быть ориентировано на пациента и основано на научно-доказанных фактах

• Образовательная информация должна предоставляться с учетом культурных особенностей, на языке и на уровне, который может быть легко понят пациентом и его семьей

• При наличии языковых барьеров должны привлекаться профессиональные сертифицированные медицинские переводчики, для личного общения или по телефону.

• Для пациентов и членов его семьи должен использоваться простой, немедицинский язык, что особенно важно низком уровне грамотности.

Предварительные шаги, которые следует выполнить перед началом обучения пациента с ССЗ и его семьи включает в себя следующее:

• Пересмотреть протоколы учреждений, относящиеся к образованию пациентов с ССЗ и их семей,

• Ознакомиться с общим и индивидуальным подходами к обучению пациентов с ССЗ и его семьи.

• Определить приемлемые учебные материалы по ССЗ для пациентов (семьи), имеющиеся в наличии и в Интернете.

Проверить наличие расходных материалов до начала учебного курса.

Расходные материалы могут включать в себя:

• руководство по обучению или форму документации с изложением основных областей содержания;

• соответствующие письменные и мультимедийные материалы;

• дополнительные материалы, основанные на индивидуальных потребностях пациента и его семьи;

• медицинские принадлежности, такие как домашнее устройство для мониторинга АД (тонометр), весы и устройство для мониторинга уровня глюкозы в крови

• информация о сообществах и интернет-ресурсах, предназначенных в помощь пациентам и членам его семьи для изучения ССЗ

• информация о том, как связаться с другими медицинскими специалистами для решения возникающих вопросов и проблем

Как обеспечить образование пациента с ССЗ и его семьи

Общайтесь с пациентом вежливо, используя понятный язык

Оценивайте пациента и семью на предмет:

- готовности к обучению

- Обращайте внимание на подсказки, которые есть в вопросах пациента о запрашиваемой информации о ССЗ (например, после тяжелой стенокардии, пациент спрашивает, что ему делать, если приступ произойдет дома), или задавайте вопросы, чтобы помочь пациенту и его семье определить, какую информацию им необходимо знать для оптимального самостоятельного контроля при лечении ССЗ

- пациенты с ССЗ и члены их семей могут находиться на разных стадиях готовности, особенно в фазу обострения процесса; важно индивидуализировать ваш подход к обучению на основе готовности каждого учащегося.

- Предпочтительный стиль обучения

- пациенты - это учащиеся с визуальным или тактильным восприятием, они могут учиться на слух (например, слушая, как другие пациенты рассказывают о своих трудностях в общении после инсульта), видеть (например, наблюдая за демонстрацией того, как правильно измерить АД), и делать (например, путем самостоятельного применения лекарств под наблюдением педагога)

- чтобы быстро определить какой стиль обучения предпочтителен, попросите пациента вспомнить последний раз, когда он узнал или обучился какой-то манипуляции и спросите: «Как вы справились с этим?»

- приоритеты обучения, определенные пациентом

- спросите у пациента, какую информацию по самоменеджменту при ССЗ они хотели бы узнать в первую очередь, и предложите темы для стимулирования взаимодействия, начиная с приоритетов пациента и демонстрируя уважение. Эта тактика может привести к более сильному вовлечению ученика

- если существует несоответствие между приоритетами пациента (его семьи) и целями медицинского работника, необходимо изучить, почему существует такое несоответствие

- например, для сердечной деятельности полезна здоровая диета, но многие пациенты с ССЗ устойчивы к изменениям в рационе питания, таких как снижение потребления красного мяса и уменьшение потребления жира и соли.

- Пациент может проявлять больший интерес к обучению, если изменение пищевого поведения связано с простыми модификациями в кулинарных привычках

- Барьеры для обучения

- Барьерами могут быть нарушение памяти или когнитивные проблемы; неспособность к обучению; физические ограничения; языковая проблема; низкая грамотность; нарушение слуха, зрения или речи; финансовые трудности; культурные, психосоциальные или эмоциональные проблемы пациента (семьи)

- Барьеры к обучению должны оцениваться медицинским работником посредством интервью, при проведении физической и психической оценки при поступлении пациента в стационар и последовательно в течение всего курса лечения

- У пациентов с ССЗ, не придерживающихся предписанного режима приема лекарств, могут быть проблемы с общением, связанным с низким финансовым доходом и высокой стоимостью лекарств, депрессией

- потребности и желания в обучении

- многие пациенты и члены семьи озабочены диагнозом ССЗ и / или настолько перегружены сложностью необходимой медицинской помощи, что медсестре может понадобиться задавать прямые, конкретные вопросы, чтобы помочь пациенту и его семье определить, в чем заключается дефицит знаний.

- У пациента (семьи) может возникнуть озабоченность и чувство подавленности после серьезной операции (например, шунтирования коронарной артерии) или состояние пациента осложнено беспокойством о потенциально опасном для его жизни состоянием (например, острый инфаркт миокарда)

Планирование своевременного предоставления соответствующей образовательной информации о ССЗ.

• План обучения пациентов и их семей должен быть всеобъемлющим, но с учетом конкретных потребностей обучения пациента (семьи); он должен быть разделен на информационные сегменты, для обучения с интервалами, чтобы не перегружать пациента (семью).

• Высококачественные инструменты обучения (например, четкие,жатые печатные материалы, написанные на уровне чтения 5-го класса; презентация DVD/видео; идентификация онлайн-ресурсов, которые точно соответствуют обсуждаемому с пациентом и его семье

контенту) должны быть заранее определены для поддержки преподавания и обучения.

• По возможности, обучение следует планировать, когда члены семьи, осуществляющие основной уход и оказывающие поддержку, находятся рядом и могут помочь пациенту в обучении

Внедрение пациента и его семьи в план обучения ССЗ

• Обсудить и установить взаимно достижимые цели обучения с пациентом и его семьей

- Предвидеть запланированные подходы к преподаванию (обучению), но будьте готовы проявить гибкость и индивидуализировать информацию, основанную на меняющихся потребностях и желаниях пациента

- Если пациент не в состоянии выполнять необходимые навыки самостоятельного управления, члены семьи или консультанты на дому могут выполнить эти действия для временного поддержания пациента.

• Начать обучение по вопросам ССЗ, предоставляя наиболее современную и актуальную информацию

- Проводить обучение при стабильном состоянии пациента

- Например, после исчезновения симптомов стенокардии поговорите с пациентом о стратегиях борьбы с болью в груди в домашних условиях

- Подчеркнуть важность обучения навыкам самообслуживания, таким как мониторинг АД, мониторинг глюкозы в крови, суточный вес и мониторинг жидкостей.

- Для каждого лекарственного средства просмотрите название, назначение, дозу, возможные побочные эффекты

- Для всех процедур рассмотрите цель и ожидаемые результаты до, в процессе и после процедуры

- Подчеркните необходимость регулярных осмотров и тщательного медицинского наблюдения

• Предоставьте выбор в процессе обучения и запланированных учебных сессиях (например, предложите пациенту выбрать других людей, которых он хотел бы видеть, какую информацию следует освещать в первую очередь) и выбор при принятии решений о вариантах лечения (например, менее инвазивные процедуры по сравнению с хирургическими вмешательствами)

• Используйте различные стратегии преподавания/обучения для достижения наилучших результатов:

- прямое общение (например, личные встречи) имеет фундаментальное значение для медицинской помощи и обучения пациентов с ССЗ и членов их семей, особенно для обсуждения эмоциональных и психосоциальных проблем пациента, связанных с ССЗ.

- Общение больше всего ценится пациентами, именно оно помогает пациенту и его семье чувствовать себя более сильным, укрепляет доверие и поддерживает надежду

- Хорошо спланированный междисциплинарный подход идет на пользу пациентам с ССЗ. Он включает уход, консультации по поводу медикаментов, по диетическому питанию и другие медицинские услуги

- Использование листа с вопросной подсказкой (т. е. структурированного списка вопросов, призванного побудить пациентов (семью) задавать вопросы) во время учебного сеанса может помочь получить отзыв от пациента, увеличить участие пациента и членов его семьи, а также сократить время, необходимое для сеанса

- Имеет большое значение предоставление пациенту и (семье) возможность практиковать навыки самоконтроля

- Сделать опыт обучения максимально домашний и реалистичный

- Предоставьте пациенту и/или члену семьи достаточно времени, безопасные и благоприятные условия для отработки навыков и возможности повторных попыток

- Задайте вопрос «что если», чтобы помочь пациенту и его семье с проблемой:

- Что, если вы дома один и чувствуете, как будто слон сидит на вашей груди? – Что, если у вас сильная головная боль и ваш супруг (а) замечает, что вы выглядите смущенным и испытываете трудности с речью?

- Что если ваш уровень АД необычно высок для вас?

- Что, если перед сном вы обнаружите, что забыли принять мочегонное средство?

- Что, если вы планируете посетить специальное мероприятие и знаете, что предоставляемая еда содержит продукты с высоким содержанием жиров и натрия?

- Эффективность печатных материалов (например, буклеты, флажеты) варьируется в зависимости от понятности, визуальной привлекательности, разборчивости, стиля текста, размера и формата.

- Интернет-ресурсы легко доступны для большинства пациентов, хотя специалисты расходятся во мнениях относительно ценности информации в Интернете

- Компьютерное обучение происходит лучше, если процесс интегрирован и используется для усиления оказания медицинской помощи. Само по себе компьютерное обучение не влияет на поведение в отношении здоровья. Одна из стратегий, которая может улучшить использование Интернета пациентами, заключается в предоставлении списка веб-сайтов, которые предлагают точную, актуальную и понятную информацию о ССЗ

- ресурсы сообщества (например, групповое обучение, группы поддержки, группы самопомощи) могут быть использованы для расширения знаний пациентов и их семей о ССЗ;

Оцените реакцию пациента и его семьи на обучение

• Постоянно оценивайте обучение на протяжении всего курса лечения пациента.

• Метод «обратного обучения» используется для оценки понимания учащимся преподаваемого материала

- пусть сам пациент / член семьи повторяет информацию о здоровье и демонстрирует навык самообслуживания, позволяя преподавателю при необходимости слушать, наблюдать и уточнять информацию или представление о навыке

- Помните, что человек легче вспоминает конкретную информацию, чем общую

• Оценка самооценки (т. е. степень, с которой человек считает, что он может достичь желаемого результата) используется для оценки того, насколько человек уверен в понимании информации или выполнении навыка. Например, спросите пациента: «По шкале от 0 до 10, насколько вы уверены, что сможете правильно принимать лекарства, когда вернетесь домой?». Если ответ пациента < 7, необходимо скорректировать план (например, повторять обучение до тех пор, пока реакция пациента не станет ≥ 7 , инициировать более активное участие семьи или других лиц, осуществляющих уход, в обучении, организовать уход на дому для поддержки пациента и семьи до тех пор, пока не будет достигнут желаемый результат)

Обновите план ухода за пациентом, запишите в медицинскую карту пациента и сообщите о любых проблемах многопрофильной бригаде здравоохранения, чтобы информация могла быть усилена и план обучения мог быть продолжен или соответственно изменен:

• Все предоставленное обучение, включая реализованные конкретные стратегии преподавания

• Результаты оценки в отношении готовности к обучению, предпочтительного стиля (стилей) обучения, потребностей / желаний в обучении и приоритетов пациента

• Любые выявленные барьеры на пути к обучению и методы, неиспользуемые для преодоления этих барьеров

• Реакция пациента (семьи) на обучение, включая продемонстрированный уровень понимания и / или способности выполнять необходимые навыки самообслуживания.

• Планирование продолжения обучения, в том числе необходимость усиления или повторения конкретной информации с использованием других методов обучения.

Что мы ожидаем после обучения пациента с ССЗ и его семьи

Пациенты с ССЗ и члены их семей будут:

• озвучивать базовые знания о ССЗ и назначенном режиме лечения

• принимать участие в принятии общих решений о медицинской помощи по желанию

• выполнять базовые навыки самоконтроля в меру своих способностей

• использовать эффективные стратегии для управления проявлениями ССЗ

• распознавать проблемы, связанные с ССЗ и адекватно реагировать

• получать ответы на свои вопросы и определять ресурсы для будущих вопросов

• успешно справляться с психосоциальными и эмоциональными аспектами наличия ССЗ

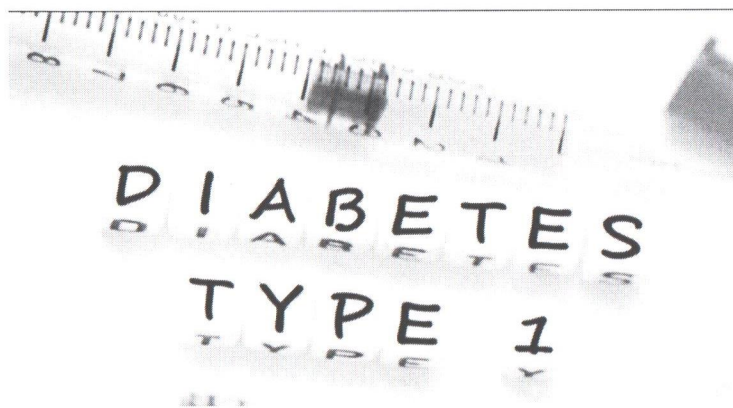
• инициировать изменения в образе жизни для снижения риска осложнений

• улучшить состояние здоровья, по возможности

• получение последовательной и непрерывной образовательной информации по всей системе здравоохранения

• восприятие получения информации с учетом культурных особенностей на языке и на уровне, который понятен пациенту и его семье [6-23].

12. Обучение пациентов с сахарным диабетом, тип 1



Сахарный диабет, тип 1 (СД1), ранее известный как инсулинозависимый или ювенильный диабет) - нарушение обмена веществ, характеризующееся изменением регуляции глюкозы из-за дисфункции бета-клеток поджелудочной железы, приводящей к тяжелому дефициту инсулина. Лечение требует строгого гликемического контроля с использованием инсулина, диеты и физических упражнений.

Что такое обучение пациентов с СД1?

Обучение пациентов с СД1 - это процесс предоставления информации о заболевании пациенту и его семье в целях обогащения своих знаний о СД1, улучшения навыков самообслуживания и способности справляться с хроническим заболеванием. Обучение пациентов с СД1 включает процесс преподавания и обучения ранней диагностике, лечению, самоконтролю и управлению осложнениями, связанными с диабетом.

Как происходит обучение пациентов с СД1?

Разнообразные учебные и мотивационные действия (например, прямое обучение, телефонная связь, письменные материалы, электронная почта, Интернет и другие компьютерные технологии, DVD / видео и аудиозаписи, группы поддержки, демонстрации и обратные демонстрации, группы самопомощи) могут быть использованы для поддержки пациента в обучении

Где происходит обучение пациентов СД1?

Обучение пациентов с СД1 обычно предоставляется в учреждениях ПМСП или в больнице, в том числе в отделении неотложной помощи.

Кто обучает пациентов с СД1?

Образование в области диабета должно проводиться медицинскими работниками (медсестрами, врачами) и не должно делегироваться вспомогательному медицинскому персоналу.

Каков желаемый результат при обучении пациента с СД1?

Эффективное обучение диабету может помочь пациенту с СД1 и позволить им:

- лучше понять СД1 и то, как это влияет на их общее состояние здоровья
- научиться навыкам самообслуживания, которые помогут соблюдать строгий гликемический контроль (контроль уровня глюкозы в крови, подкожное введение инсулина)
- рассмотреть риски и преимущества диагностических тестов (например, HbA1c мониторинг) и вариантов лечения (например, трансплантация островковых клеток) и участвовать в совместном принятии решений
- использовать эффективные стратегии для управления такими симптомами, как гипо- и гипергликемия
- инициировать и поддерживать изменения в образе жизни (здоровое питание, соответствующие физические упражнения, частое наблюдение врача) для предотвращения осложнений (кетоацидоз, тяжелые гипогликемические реакции и хронические осложнения, такие как ССЗ, инсульт, терминальная болезнь почек, слепота и гангрена конечностей)
- справиться с психосоциальными и эмоциональными аспектами жизни с хроническим заболеванием
- улучшить показатели здоровья (хороший гликемический контроль, снижение потребности в лекарствах, снижение развития тяжелых осложнений, связанных с диабетом)

Почему обучение пациентов с СД1 так важно?

Обучение диабету предоставляет пациенту СД1 более четкое понимание диагноза, рисков и преимуществ варианта лечения, важности строгого гликемического контроля, стратегий предотвращения осложнений, связанных с диабетом, а также, как стать более вовлеченным в самообслуживание диабета и в принятие решений о лечении диабета. Обучение помогает людям с СД1

достигать хороших гликемических показателей и предотвратить или отсрочить осложнения

Что нужно знать, прежде чем начинать обучение пациента с СД1?

СД 1 характеризуется наличием глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л в двух отдельных случаях, в любой час после еды $\geq 11,0$ ммоль/л, наличием признаков и симптомов гипергликемии: полиурия, полидипсия и необъяснимая потеря веса, кожный зуд, выраженная общая и мышечная слабость, снижение работоспособности, сонливость (Клинический протокол МЗ РК Сахарный диабет 1 типа, 2017).

• СД1 характеризуется тяжелым дефицитом инсулина в результате аутоиммунного разрушения инсулин-продуцирующих β -клеток поджелудочной железы. Пациентов с СД1 следует учить тому, что при недостатке инсулина могут происходить следующие события:

- Клетки не могут использовать глюкозу для обмена веществ. Точнее, глюкоза не может проникать в клетки и накапливается в кровотоке, вызывая гипергликемию.

- Почки не способны повторно абсорбировать высокое содержание глюкозы, и глюкоза появляется в моче (глюкозурия). Поскольку избыток глюкозы выводится с мочой, выделяются большие объемы разбавленной мочи (полиурия), и пациент испытывает сильную жажду (полидипсию).

- Когда потребности в клеточной глюкозе не удовлетворяются, повышается уровень глюкагона, высвобождаются другие гормоны стресса для увеличения доступности глюкозы, а уровень глюкозы в крови повышается еще выше.

- Хотя у пациента может быть повышенный аппетит (полифагия), потеря веса происходит из-за того, что запасы жира и белка в организме истощаются.

- Без инсулина жировые клетки разрушаются, что ведет к появлению кетонов в организме, в моче (кетонурия)

- Без лечения у пациента развивается тошнота, рвота, боль в животе и, в конечном итоге, опасная для жизни кома или смерть.

Для взрослых с СД1 рекомендуется показатель гликированного гемоглобина HbA1c 7%. Для достижения этой цели рекомендуется обучение пациентов в сочетании с постоянным мониторингом уровня глюкозы в крови и постоянной подкожной инфузией инсулина.

Результаты испытаний по контролю диабета и осложнениям доказывают необходимость активного лечения диабета для предотвращения тяжелых осложнений. Контроль уровня глюкозы в крови, артериального давления и уровня липидов в крови являются тремя наиболее важными факторами в предотвращении осложнений при СД1 (American Association of Diabetes Educators [AADE], n.d.)

• СД1 может привести к хронической гипергликемии, системному кислотно-щелочному дисбалансу, недостаточной доставке глюкозы в мозг и сетчатку, недостаточному кровоснабжению тканей, что ведет к дегенерации сосудов и невропатии

The American Diabetes Association (ADA) считает, что слово «диабетик» не следует употреблять при обращении к человеку с диабетом; его можно использовать как прилагательное для таких осложнений, как диабетическая ретинопатия и т. д. (ADA, 2017)

Обучение диабету в стационаре должно быть сосредоточено на следующем:

• Информация об уходе и лечении во время пребывания в больнице (например, контроля гликемии, гликемические мишени, базис-болюсная инсулиновая терапия, и острые осложнения, такие как диабетический кетоацидоз (ДК) и некетозный гиперосмолярный синдром (НКС)).

• Обучение самостоятельному выполнению определенных навыков (например, выбор и подсчет углеводов, а также жиров и белков, мониторинг уровня глюкозы в крови, лечение гипогликемии, безопасное введение лекарств)

В центре внимания амбулаторного обучения диабету должны быть вопросы самопомощи:

• AADE рекомендует делать акцент на образовательной информации о здоровом питании, сохранении физической активности, мониторинге общего состояния, приеме лекарств, решении проблем снижения рисков для здоровья, стратегии избегания <https://www.diabeteseducator.org/living-with-diabetes/aaade7-self-care-behaviors>.

• Дополнительные темы, которые подходят для обучения взрослых с СД1, включают участие в спортивных и праздничных мероприятиях, беременность при наличии СД1, трансплантации островков поджелудочной железы и другие инновационные методы лечения

Общепризнано, что обучение больных диабетом самоменеджменту является сложной задачей, поэтому рекомендуется сосредоточиться на так называемых «навыках выживания», которые включают следующее (AADE, nd):

- Важность выбора медицинского работника для продолжения оказания помощи в лечении пациенту с СД1 после выписки
- Самоконтроль связанных с СД1 признаков и симптомов, включая определение уровня глюкозы в крови
- Способность распознавать гипер- и гипогликемию, а также знание стратегий их лечения и профилактики.
- Здоровое питание и преимущества правильного режима питания
- Когда и как принимать лекарства, снижающие уровень глюкозы в крови
- Правильное использование и утилизация игл и шприцев

Опробованы и проверены разнообразные стратегии преподавания / обучения при СД1. Ниже приведен пример результатов недавних исследований:

- Во Франции использовалась гибкая программа интенсивной терапии для 3 групп пациентов, каждая из которых была сфокусирована на определенной проблеме: снижение концентрации HbA1c, улучшение качества жизни и удовлетворенность лечением, и снижение частоты эпизодов гипогликемии. Используя пациент-ориентированный подход, медицинские работники успешно предоставляют информацию и достигают индивидуальных терапевтических целей для каждого пациента (Halbron et al., 2014). В исследовании участвовало 406 молодых людей с СД1. В ходе эксперимента отмечено, что люди с СД1 часто испытывают высокий уровень дистресса. Исследователи сделали вывод, что психосоциальные вмешательства должны быть не только направлены на устранение тревоги и депрессии, а также включать обсуждение предсказуемых эмоциональных реакций на болезнь, таких как страх и грусть, и факторы, которые могут помешать самоконтролю (Zoffman et al., 2014).

Необходимо последовательно обучать пациента на протяжении всего курса лечения.

Избыточная и противоречивая информация должна быть сведена к минимуму, чтобы уменьшить раздражение и путаницу у пациентов.

Обучение должно быть индивидуализировано с учетом возраста пациента, его культурных предпочтений, убеждений в отношении здоровья и предпочтительного стиля обучения (AADE, nd).

Целесообразно обучать членов семьи (например, супруга/партнера, коллег, близких друзей) о потенциальной возможности появления угрожающих состояний (например, тяжелая гипогликемия, ДК и НКГС), связанных с СД1

Наиболее успешными стратегиями обучения взрослых с СД1 являются индивидуальные образовательные вмешательства:

- Образовательная информация и инструменты обучения пациентов (например, раздаточные материалы, книги, DVD-диски) по СД1 должны быть адаптированы к конкретным потребностям и приоритетам пациента и должны соответствовать возрасту и уровню его развития.

- Информационные раздаточные материалы, ориентированные на визуальное восприятие (диаграммы с коротким текстом), должны быть удобными для пациента и легко читаемыми

- Обучение должно быть ориентировано на пациента и основано на достоверных научных данных

- При наличии языкового барьера следует обратиться к профессиональным медицинским переводчикам, лично или по телефону

- Для всех пациентов следует использовать простой немедицинский язык, особенно при низком уровне грамотности

Предварительные шаги, которые следует выполнить перед обучением взрослых пациентов по поводу СД1, включают следующее:

- Обзор специальных протоколов, касающиеся обучения взрослых пациентов с СД1, если таковые имеются.

- Определить приемлемые ресурсы по СД1, доступные на сайтах или в Интернете

- Проверить наличие необходимых расходных материалов до начала учебной сессии, в том числе:

- руководство по обучению или информация с изложением ключевых областей содержания, таких как строгий контроль гликемии для предотвращения связанных с диабетом осложнений

состояний, диета, физические упражнения и стратегии инсулинотерапии; регулярный медицинский осмотр

- соответствующие письменные материалы, в том числе основные пункты о мерах предосторожности (например, гликемические мишени, тяжелая гипогликемия, кетоацидоз)

- комплект глюкагона, устройство для мониторинга уровня глюкозы в крови, предназначенное для использования дома, тест-полоски, ланцеты, мыло и вода

- Не применяйте устройства для мониторинга уровня глюкозы в крови, предназначенные для использования в больницах, при обучении пациентов

- информация в Интернете и общественных ресурсах, доступных для помощи пациентам в изучении СД1

- информация о том, как связаться с соответствующими информационными медицинскими call-центрами для решения возникающих вопросов

Как рассказать пациенту о сахарном диабете 1 типа?

Оцените пациента:

• пациенты с СД1 и члены их семей могут находиться на разных стадиях готовности, особенно в фазу обострения процесса; важно индивидуализировать ваш подход к обучению на основе готовности каждого учащегося.

• предпочтительный стиль обучения

- пациенты - это учащиеся с визуальным или тактильным восприятием, они могут учиться на слух (например, слушая, как другие люди рассказывают о своем опыте работы с осложнениями СД1), видеть (например, наблюдая, как медсестра демонстрирует, как вводить глюкагон при тяжелой гипогликемии), и делать (например, демонстрируя, как правильно использовать инсулиновую помпу).

• приоритеты обучения, определенные пациентом и семьей:

- если есть несоответствие между приоритетами пациента семьи и целями медицинского работника, необходимо выяснить, почему существует данное несоответствие

• учебные барьеры:

- Барьерами могут быть нарушение памяти или когнитивные проблемы; неспособность к обучению; физические ограничения; языковая проблема; низкая грамотность; нарушение слуха, зрения или речи; финансовые трудности; культурные, психосоциальные или эмоциональные проблемы пациента (семья)

- Барьеры к обучению должны оцениваться медицинским работником посредством интервью, при проведении физической и психической оценки при поступлении пациента в стационар и последовательно в течение всего курса лечения пациента

- Пациентов с осложнениями СД1 следует оценивать на предмет нарушений зрения, в таком случае может быть потребность в печатных материалах с большим шрифтом и адаптивных приспособлениях (например, говорящий глюкометр, лупы для приготовления шприцев с инсулином)

• потребности в обучении и желания

- многие пациенты и члены семьи настолько озабочены диагнозом диабета и перегружены сложностью ухода, что для них необходим инструктаж. Это может быть особенно актуально, когда пациенты проходят серьезное лечение (например, трансплантация островков) или в случае осложнения состояния пациента кетоацидозом, почечными заболеваниями или сердечно-сосудистыми осложнениями.

Планируйте своевременную доставку соответствующей информации

• План обучения должен быть комплексным, но необходимо делить его на меньшие сегменты информации, чтобы не перегружать пациента и его семью

• Высококачественные средства обучения, поддерживающие обучение должны быть определены заранее

• Участие семьи очень важно, и обучение должно происходить, когда есть основной медицинский персонал и другие лица, оказывающие поддержку.

Реализация плана обучения пациентов

• Заранее планировать определенный стиль и подход к обучению, но быть готовым проявить гибкость и индивидуализировать информацию в зависимости от потребностей и желаний пациента. Вмешательства, которые адаптированы к конкретному пациенту, являются наиболее эффективными

• Установить взаимно достижимые цели обучения с пациентом и его семьей

• Предоставить своевременную и актуальную информацию, включая следующее:

- Начальные темы могут включать такие вопросы, например, что такое СД 1, важность метаболического контроля (самоконтроль

уровня глюкозы в крови; управление гипер- и гипогликемией и эпизодами кетоацидоза), инсулиновая терапия (например, методы самоинъекции, ротация участка, коррекция дозы, типы инсулина и время их действия, базис-болюсная терапия, управление помпой), здоровое питание (выбор продуктов питания, чтение этикеток на пищевых продуктах, выбор и подсчет углеводов, жиров и белков), физические упражнения, включая короткие перерывы каждые 30 минут, профилактика осложнений (важность регулярного медицинского наблюдения и лабораторные анализы), а также эмоциональные и психосоциальные аспекты жизни с диабетом и хроническими заболеваниями

- Если пациенту впервые поставлен диагноз СД1, обучение должно быть сосредоточено только на самой важной информации, чтобы избежать давления на пациента. Если пациент не в состоянии выполнить необходимые навыки самообслуживания, члены семьи или персонал по уходу на дому могут оказать временную поддержку пациенту

- Когда пациент и его семья окажутся готовыми к обучению, предоставьте более всеобъемлющую программу обучения с акцентом на самоменеджмент, уход за собой. Люди, которые живут с СД1 в течение многих лет, должны последовательно оцениваться на предмет приверженности и получать соответствующую информацию для максимального самоконтроля диабета или информацию о новых технологиях, связанных с СД1.

- Обращать внимание пациента на его текущий уровень HbA1c и анализировать стратегии поддержания строгого метаболического контроля с помощью диеты, физических упражнений и инсулинотерапии.

- Показатели HbA1c должны быть индивидуализированы в соответствии с личной и клинической ситуацией пациента (например, мотивированный человек с недавно диагностированным СД1 будет иметь другую цель, чем пациент пожилого возраста, который имеет ограниченную ожидаемую продолжительность жизни и повышенный риск развития гипогликемии).

- Пациенты должны быть мотивированы для достижения определенного уровня глюкозы в крови. (Rankin et al., 2012).

- Обратить внимание на пациентов с наименьшими шансами достичь целевого уровня HbA1c в 7,0% или менее, обычно это те, кто

имеет психические заболевания, историю пропущенных посещений и активного курения (Ott et al., 2015)

- По мере продолжения лечения обучайте и поощряйте обсуждения различных стратегий снижения риска осложнений: контроль гликемии, артериального давления и уровня липидов. До того, как появятся тяжелые осложнения, информируйте пациентов о последствиях недостаточного гликемического контроля и побуждайте их делать все возможное для последовательного достижения хороших результатов

- При развитии тяжелых осложнений и необходимости в госпитализации, предоставьте информацию о навыках, связанных с пребыванием в больнице. Информировать пациента и его семью о возможности более интенсивного лечения (например, диализа, трансплантации, ампутации).

- Поощряйте обсуждение специфических для пациента эмоциональных и психосоциальных аспектов жизни с СД1, предоставьте выбор в обучении, что пациент желает знать, какую информацию следует освещать в первую очередь, в том числе и при принятии решений о вариантах лечения. При обучении взрослых учитывайте ситуации, которые могут потребовать личной беседы (например, сексуальные и репродуктивные проблемы, связанные с диабетом) без присутствия посторонних лиц.

• Используйте различные стратегии преподавания/обучения для достижения наилучших результатов:

- Обучение навыкам самообслуживания очень важно. Сделайте учебный процесс максимально домашним и реалистичным. Предоставьте пациенту достаточно времени для попыток безопасной и благоприятной среде. Интегрируйте вопросы «что, если», чтобы пациент в трудной ситуации, смог решить ту или иную проблему (например, «что если вам нужно поститься перед операцией», «что если вы оставите инсулин в холодной машине на ночь», «что если вы работаете в ночную смену и вам необходимо скорректировать график инсулина»)

- интернет-ресурсы сегодня легко доступны большинству пациентов с диабетом, хотя медицинские работники расходятся во мнениях относительно ценности информации в Интернете. Одна из стратегий, которая может помочь - предоставить пациентам список веб-сайтов, которые содержат достоверную, актуальную и понятную

информацию. Ресурсы для пациентов и специалистов можно найти по адресу <http://www.diabetes.org/> и <https://www.diabeteseducator.org/home>

Оценить реакцию пациента / семьи на образование в отношении СД1

• Последовательная оценка обучения на протяжении всего курса лечения пациента.

• Использование метода обучения для оценки понимания обучаемого:

- Перескажите пациенту информацию о здоровье и/или проведите демонстрацию навыка самообслуживания, а затем позвольте пациенту продемонстрировать этот навык, при этом внимательно наблюдайте и при необходимости уточняйте

- Помните, что конкретная информация лучше запоминается, чем общая

• Используйте рейтинг самоэффективности (т. е. степень, с которой человек считает, что он может достичь желаемого результата), чтобы оценить, насколько ученик уверен в себе в понимании информации или выполнения какого-либо навыка (например, спросите: «По шкале от 0 до 10, насколько вы уверены, что сможете следовать рекомендациям и безопасно корректировать свой инсулин?»)

- если ответ пациента < 7 , необходима коррекция: проводить повторную подготовку до тех пор, пока ответ пациента не станет ≥ 7 , дополнительно привлекать к обучению семью или других лиц, обеспечивающих уход, организовать уход на дому, чтобы поддержать пациента и его семью до того момента, когда будет достигнут желаемый результат

Обсудите любые проблемы с членами междисциплинарной группы для изменения плана обучения соответствующим образом. Запишите в медицинскую карту пациента следующую информацию:

• Все предоставленные сведения о СД1, в том числе реализованные конкретные стратегии преподавания/обучения.

• Результаты оценки, касающиеся готовности к обучению, предпочтительного стиля (ей) обучения, потребностей / желаний в обучении и приоритетов пациента.

• Выявленные барьеры на пути к обучению и методы, используемые для преодоления этих барьеров.

• Реакция пациента на обучение, включая продемонстрированный уровень понимания и/или способности выполнять необходимые навыки.

• Планирование продолжения обучения пациентов, в том числе необходимость усиления или обучения конкретной информации, использование другого метода обучения

Что ожидать от пациента СД 1 после обучения

Пациенты с СД1 должны:

• Лучше понимать сущность заболевания и как оно влияет на их здоровье

• Придерживаться навыков самообслуживания, которые способствуют соблюдению строгого гликемического контроля

• Понять риски и преимущества диагностических тестов и вариантов лечения и участвовать в совместном принятии решений

• Использовать эффективные стратегии для управления симптомами, связанными с СД1

• Участвовать в изменениях образа жизни для предотвращения осложнений

• эффективно справляться с психосоциальными и эмоциональными аспектами жизни при хроническом заболевании

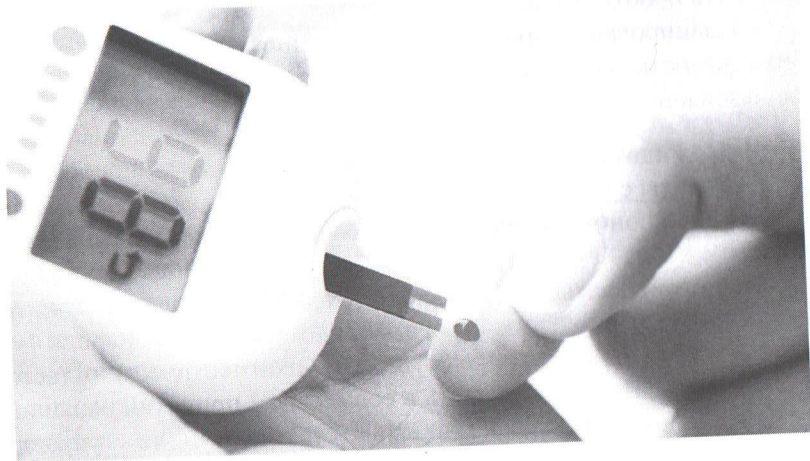
• улучшать результаты в отношении здоровья

• получать достоверную образовательную информацию на протяжении всего курса обучения

• получать информацию с учетом культурных особенностей, на понятном языке и соответствующем уровне

Пациентов СД1 необходимо обучить правильной утилизации игл и как это влияет на общественную безопасность [24-36].

13. Обучение пациентов с сахарным диабетом, тип 2



Сахарный диабет, тип 2 (СД 2) - это метаболический синдром, характеризующийся резистентностью к инсулину и недостаточной компенсаторной секрецией инсулина. Данное хроническое заболевание требует постоянного медицинского наблюдения и последовательного обучения действиям по уходу за собой для предотвращения таких осложнений, как диабетическая ангиопатия, включающая нейропатию, ретинопатию и нефропатию, а также атеросклероз крупных сосудов (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда).

Что такое обучение пациентов с СД 2?

Обучение пациентов с СД 2 - это процесс предоставления информации о заболевании пациенту и его семье в целях обогащения знаний о СД 2, улучшения навыков самообслуживания и способности справиться с хроническим заболеванием. Обучение пациентов с СД 2 включает процесс преподавания и обучения ранней диагностике, лечению, самоконтролю и управлению осложнениями, связанными с диабетом.

Как происходит обучение пациентов с СД 2?

Разнообразные учебные и мотивационные действия (например, прямое обучение, интерактивный диалог, телефонная связь, письменные информационные / печатные материалы), электронная почта, Интернет и другие компьютерные технологии, DVD / видео- и аудиозаписи, группы поддержки, демонстрации, группы

самопомощи) могут быть использованы для поддержки пациента в обучении

Где происходит обучение пациентов СД2?

Обучение пациентов с СД 2 обычно предоставляется в организациях ПМСП или в больнице, в том числе в отделении неотложной помощи.

Кто обучает пациентов с СД 2?

Образование в области диабета должно проводиться медицинскими работниками (медсестрами, врачами, фармацевтами, диетологами, физиотерапевтами) и не должно делегироваться вспомогательному медицинскому персоналу.

Каков желаемый результат обучения пациентов с СД 2 и его семьи?

Эффективное обучение о СД2 может расширить возможности пациента и его семьи и позволить им:

- лучше понять диагноз СД2 и его последствия
- реалистично рассмотреть варианты лечения (например, диета, физические упражнения, использование пероральных противодиабетических средств, инсулинотерапия), риски и преимущества, участие в совместном принятии решений с лечащим врачом;
- вырабатывать навыки, необходимые для самостоятельного ухода: самоконтроль уровня глюкозы в крови, пероральный прием противодиабетических препаратов, подкожное введение инсулина, применение инсулиновой помпы, поддержание надлежащего ухода за кожей, выполнение регулярного осмотра стоп
- применять эффективные стратегии для лечения появляющихся симптомов (например, гипо- и гипергликемии)
- понимать, что контроль уровня глюкозы в крови, артериального давления и уровня липидов в крови – это три наиболее важных показателя для пациента в борьбе с предотвращением осложнений СД 2
- активно участвовать в назначенной схеме лечения, которая снижает риск возникновения осложнений: ретинопатий, ДК, НКГС (тяжелая дегидратация, вызванная высоким содержанием сахара в крови, что приводит к повышенной осмолярности), сердечно-сосудистые заболевания, травмы от падений, нейропатия

- участвовать в изменении образа жизни (здоровое питание, систематические физические упражнения, регулярные медицинские осмотры), чтобы предотвратить или снизить риск осложнений
- стараться улучшать показатели здоровья, включающие контроль уровня глюкозы в крови и других проявлений СД 2, снижение потребности в лекарствах и снижение частоты осложнений

Почему важно обучение пациентов с СД 2 и их семей?

Обучение пациентов и членов их семьи может дать более четкое понимание диагноза, вариантов лечения, способов более активного участия в самообслуживании, в принятии решений о медицинской помощи. Обучение пациентов и членов их семей приводит к положительным результатам в отношении здоровья пациентов, в том числе к улучшению гликемического контроля, снижению потребности в лекарствах и уменьшению возникновения или прогрессирования осложнений, связанных с СД 2.

Обучение самоменеджменту улучшает здоровье, качество и образ жизни, повышает чувство самодостаточности, расширяет возможности и снижает дистресс и депрессию, часто связанных с диабетом [37].

Что нужно знать, прежде чем приступить к обучению пациентов с СД 2?

Рекомендации Американской диабетической ассоциации (ADA) 2019 года [38]:

- Диагноз диабета
- Проведение осмотра ног (см. Приложение)
- Диабет в пожилом возрасте
- Диабет в молодом возрасте
- Использование технологий в лечении диабета
- Стоимость медикаментов

Американская ассоциация преподавателей диабета (AACE) и Академия питания и диетологии опубликовала совместное заявление об обучающем самоменеджменте диабета для профилактики СД 2 [37, 39]:

- Пациентам с уровнем гликированного гемоглобина 5,7–6,4%, следует рекомендовать программы, направленные на снижение веса до 7% от массы тела и повышение физической активности по меньшей мере до 150 мин в неделю.
- Рассмотреть возможность терапии метформином для профилактики СД 2, особенно для людей с индексом массы тела

(ИМТ) > 35 кг / м², лицам <60 лет и женщинам с гестационным СД в анамнезе.

- Рекомендуется как минимум ежегодный мониторинг лиц, имеющих факторы риска развития диабета.
- Рекомендуется проводить скрининг и лечение модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.
- *Некоторые рекомендации для лиц с СД 2 включают следующее:*

- Уровень HbA1C следует определять не реже двух раз в год у пациентов, которые получают лечение и имеют стабильный гликемический контроль. Определение HbA1C должно проводиться ежеквартально у пациентов, гликемические показатели которых не соответствуют необходимому уровню и/или подвергаются изменениям в терапии. Снижение HbA1C до 7% или ниже уменьшает риск развития микрососудистых осложнений диабета.

- Метформин является предпочтительным терапевтическим средством для большинства пациентов с СД 2.

- Рекомендуется консультация по вопросам питания, предпочтительно диетологом, знакомым с лечением диабета. Сокращение потребления калорий и небольшая потеря веса могут быть полезными. Мониторинг потребления углеводов важен для достижения гликемического контроля

- Физические упражнения имеют большое значение при СД 2. В целом, взрослые должны заниматься в течение 150 минут в неделю умеренно или 75 минут в неделю энергичными аэробными упражнениями.

- Обучение и самоменеджмент при диабете являются важными элементами лечения диабета и должны предоставляться при постановке диагноза и последовательно на протяжении всего курса лечения пациента

- Чтобы предотвратить или отсрочить осложнения, при обучении пациентов следует делать акцент на информированном принятии решений, уходе за собой, решении проблем и сотрудничестве с командой медицинских работников [40].

- Проверка психосоциального статуса полезна для содействия эмоциональному благополучию. Пациенты со значительными нарушениями психического здоровья должны быть направлены к специалистам для оценки и лечения.

- Пациентов с риском развития гипогликемии следует расспрашивать о симптомах при каждом посещении врача.

Наиболее успешными образовательными стратегиями для пациентов с СД 2 и их семей являются индивидуальные образовательные вмешательства:

- Наибольший эффект при обучении пациентов достигается при подборке информации, которая бы восполнила дефицит знаний о СД 2.

- Индивидуальное обучение должно сопровождаться определенным уровнем личного участия медицинского работника (например, личное взаимодействие, разъяснение вопросов, возникающих у пациента/семьи по телефону, ответ по электронной почте на конкретные вопросы пациента)

- Инструкции по СД 2 должны быть индивидуализованы с учетом возраста пациента, культурных особенностей и предпочтительного стиля обучения.

Групповые программы самоменеджмента лиц с СД 2 эффективно расширяют знания о СД, ведут к улучшению гликемического контроля и снижают потребность в противодиабетических препаратах. Также, обучение навыкам самоменеджмента в групповых программах положительно влияет на качество жизни, способность успешно выполнять навыки самоконтроля, помогает снизить вес, дает чувство самодостаточности и удовлетворенности лечением.

- В исследовании, проведенном в США (в основном включавшем чернокожее население), пациенты с СД 2 были организованы в небольшие группы, объединенные социальными сетями. Участники встречались ежемесячно, чтобы получить знания о СД 2 и лечении. По сравнению с контрольной группой, люди в группе вмешательств продемонстрировали большее снижение уровня HbA1C и глюкозы в крови, а также уменьшение артериального давления, веса, общего состояния, чувства самодостаточности, ощущения сплоченности группы [41].

Образовательная информация должна доставляться к пациенту с учетом его культурных особенностей, используя понятный и доступный для него язык (например, при обучении приготовлению еды, выбор меню должен быть адаптирован, включать культурные предпочтения пациента. Если у пациента низкий уровень

грамотности, необходимо использование пиктограмм (т.е. символа или изображения, представляющего концепцию или идею)

- Профессиональные медицинские переводчики, лично или по телефону, могут помочь при наличии языкового барьера.

- Для всех пациентов и их семей следует использовать простой немедицинский язык, особенно при низком уровне грамотности.

Перед пожилыми людьми с СД 2, которые могут освоить навыки и регулярно заниматься самообслуживанием, должны быть поставлены гликемические цели, аналогичные целям более молодых людей с СД 2.

Подсчитано, что пациент с СД 2 тратит на самообслуживание примерно 1 час в день. Желательно, чтобы наибольшее количество времени он уделял физическим упражнениям и соблюдению диеты. Медсестра должна внимательно следить за появляющимися признаками стресса, связанными с выполнением самостоятельного ухода, и помогать пациентам инициировать стратегии по снижению стресса.

При обучении пациентов с СД 2 в условиях стационара в центре внимания должна быть информация, конкретно связанная с пребыванием в больнице: обоснование стационарного гликемического контроля, индивидуальных гликемических целей, инсулиновой терапии, рисков возникновения острых осложнений, включая ДК и НКГС. Если уместно, это также может быть полезно для обучения других людей (лиц, осуществляющих уход, коллег по работе), информирование их о возможных осложнениях и о том, как помочь, если пациент не сможет адекватно реагировать

- Стратегии выживания после выписки (например, последовательное планирование изменения диеты, мониторинг уровня глюкозы в крови, лечение гипогликемии, безопасное введение лекарств).

-Медицинское обучение должно быть индивидуализировано для каждого пациента с учетом гликемического индекса пациента, наличия побочных эффектов, переносимости препаратов, способов их применения, долгосрочного планирования и затрат [39].

- Метформин является наиболее широко применяемым пероральным средством для лечения пациентов с СД2; другие противодиабетические препараты включают сульфонилмочевину, меглитиниды, тиазолидиндионы, ингибиторы α -глюкозидазы, агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, ингибиторы

дипептидилпептидазы-4 и инсулин. Ингибиторы натриево-глюкозного ко-транспортера 2 (SGLT2), новейшего класса противодиабетических препаратов, были одобрены для пациентов с СД2 [42].

В центре внимания амбулаторного обучения СД2 должны быть стратегии самоменеджмента:

- AADE (American Association of Diabetes Educators) рекомендует образовательный акцент на здоровое питание, физическую активность, мониторинг уровня глюкозы в крови, прием лекарств, навыки решения возникающих проблем, снижение риска осложнений и стратегии выживания. (Для получения дополнительной информации см. <https://www.diabeteseducator.org/living-with-diabetes/aade7-self-care-behaviors>)

Сон является важным аспектом здорового образа жизни, и его часто упускают из виду в рамках обучения при диабете. Исследователи в Иране подчеркнули, что проблемы со сном, не сосудистые осложнения у пациентов с СД2, заслуживают большего внимания, рекомендуются нефармакологические вмешательства, такие как когнитивная терапия, обучение гигиене сна, поведенческая терапия и стресс-менеджмент для улучшения качества сна [43].

- Инструменты обучения пациентов (например, раздаточные материалы, книги, DVD-диски) должны быть адаптированы к конкретным потребностям пациента и приоритеты должны соответствовать возрасту и уровню развития.

- Информационные раздаточные материалы, ориентированные на визуальное восприятие, должны быть удобными для пациента и легко читаемыми.

- Все обучение должно быть ориентировано на пациента и основано на доказанных научных фактах

Предварительные шаги, которые следует выполнить перед обучением пациентов и членов семьи о СД2 включают в себя следующее:

- Обзор специальных протоколов, касающиеся обучения взрослых пациентов с СД2, если таковые имеются.

- Определить приемлемые ресурсы по СД2, доступные на сайтах или в Интернете

- Проверить наличие необходимых расходных материалов до начала учебной сессии, в том числе:

- руководство по обучению или информация с изложением основных областей содержания, таких как строгий контроль гликемии для предотвращения связанных с диабетом коматозных состояний, диета, физические упражнения и стратегии инсулинотерапии, регулярный медицинский осмотр

- соответствующие письменные материалы, включая ключевые положения о мерах предосторожности (например, правильное использование монитора глюкозы в крови, безопасная утилизация ланцетов и шприцев с инсулином)

- дополнительные расходные материалы, основанные на потребностях пациента (измеритель глюкозы и расходные материалы, шприц или ручку для инъекций инсулина, комплект глюкагона (т. е. необходимый запас расфасованных предметов для неотложного лечения тяжелой гипогликемии) и небольшой контейнер для острых предметов и использованных игл

- информация об интернет-ресурсах и ресурсах сообщества, которые могут помочь пациентам и членам семьи в изучении СД2;

- информация о том, как связаться с другими медицинскими специалистами при возникновении вопросов

Как обеспечить образование пациента с СД2 его и семьи?

Выполните гигиену рук и наденьте средства индивидуальной защиты

Установите конфиденциальность, закрыв дверь в палату пациента или прикройте ширму вокруг кровати пациента.

Представьте пациенту и членам его семьи, если они есть, объясните цель планового обучения, оцените способность пациента / семьи справиться с ситуацией, а также выявите дефицит знаний и тревогу в отношении обучения.

- Определите, имеются ли у пациента/семьи особенности, связанные с возможностью общения (неграмотность, языковые барьеры или глухота); примите меры для решения таких проблем, если они присутствуют - можно использовать медицинских переводчиков, лично или по телефону

- объясните процедуру запланированного обучения, старайтесь отвечать на любые вопросы и предоставлять эмоциональную поддержку по мере необходимости.

Общайтесь с учетом культурных особенностей, используя язык, понятный для пациента и членов его семьи.

Оценивайте пациента и его семью на предмет:

- готовности к обучению. Обращайте внимание на вопросы, которые задает пациент (например, после того, как пациент испытывает свою первую гипогликемическую реакцию, он спрашивает, что ему делать, если это происходит дома) или задайте вопросы, чтобы помочь пациенту и его семье определить, какую информацию им необходимо знать, пациенты с СД 2 и члены их семей могут находиться на разных стадиях готовности, особенно в фазу обострения процесса. Важно индивидуализировать ваш подход к обучению на основе готовности каждого учащегося.

- Предпочтительный стиль обучения

- пациенты - это учащиеся с визуальным или тактильным восприятием, они могут учиться на слух (например, слушая, как другие люди рассказывают о своем опыте самоменеджмента при СД 2), видеть (например, наблюдая, как медсестра демонстрирует введение глюкагона при тяжелой гипогликемии), и делать (самоконтроль уровня глюкозы в крови с помощью домашнего глюкометра, специально разработанного для домашнего использования, под наблюдением медсестры).

- приоритеты обучения, определенные пациентом и семьей:

- если есть несоответствие между приоритетами пациента/семьи и целями медицинского работника, необходимо выяснить, почему существует данное несоответствие

- учебные барьеры:

- Барьерами могут быть нарушение памяти или когнитивные проблемы, неспособность к обучению, физические ограничения, языковая проблема, низкая грамотность, нарушение слуха, зрения или речи, финансовые трудности, культурные, психосоциальные или эмоциональные проблемы пациента (семьи)

- Барьеры к обучению должны оцениваться медицинским работником посредством интервью, при проведении физической и психической оценки при поступлении пациента в стационар и последовательно в течение всего курса лечения пациента

- Пациентов с осложнениями СД1 следует оценивать на предмет нарушений зрения, в таком случае могут быть потребность в печатных материалах с крупным шрифтом и адаптивных приспособлениях (например, говорящий глюкометр, лупы для приготовления шприцев с инсулином)

- Пациенты с СД 2 имеют повышенный риск развития депрессии; депрессия может служить препятствием для получения медицинского обслуживания и получения образования, а также может снизить желание пациента заниматься самоменеджментом

Пациенты с недостаточной ловкостью рук часто испытывают большие трудности с контролем уровня глюкозы в крови, а также с составлением и смешиванием инсулина; этим пациентам может потребоваться больше времени для изучения этих навыков, и потребоваться помощь члена семьи/другого лица, осуществляющего уход, до тех пор, пока не будут освоены навыки самообслуживания

- потребности и желания в обучении

- многие пациенты и члены семьи настолько озабочены диагнозом СД2 и перегружены сложностью ухода, что медсестре, возможно, придется задавать прямые, конкретные вопросы, чтобы помочь пациенту и его семье определить, в чем заключается дефицит знаний.

- Беспокойство пациента, даже чувство подавленности могут возникнуть после серьезной операции (например, шунтирование коронарной артерии) или при потенциально опасном для жизни состоянии (например, кетоацидоз, терминальная стадия почечной недостаточности)

- Планируйте своевременную доставку соответствующей обучающей информации о СД 2 [44].

- План обучения должен быть комплексным, но его необходимо делить на меньшие сегменты информации, чтобы не перегружать пациента и его семью

- Высококачественные средства обучения, например, четкие, сжатые печатные материалы, написанные на уровне чтения 5-го класса; DVD-диски, демонстрирующие правильную технику введения инсулина; идентификация онлайн-ресурсов, которые точно соответствуют образовательному контенту, обсуждаемому с пациентом и его семьей, должны использоваться для поддержки обучения

- По возможности, обучение СД 2 должно планироваться, когда члены семьи (лица, оказывающие поддержку) находятся рядом

- Установить взаимно достижимые цели обучения с пациентом и его семьей [44].

- Постарайтесь запланировать основные подходы к преподаванию и обучению, но будьте готовы проявить гибкость и

индивидуализировать информацию на основе меняющихся потребностей и желаний пациента [45].

• Иницируйте обучение пациента с СД 2 и его семьи путем предоставления своевременной и актуальной информации, особенно если пациенту впервые поставлен диагноз СД 2, ведь обучение навыкам самоконтроля является приоритетом. Эти навыки, как правило, включают мониторинг уровня глюкозы в крови, мониторинг и лечение гипогликемии, а также стратегии безопасного введения лекарства.

- Для каждого лекарственного средства просмотрите название препарата, его назначение, дозу, и возможные побочные эффекты

- Если пациент не в состоянии выполнить необходимые навыки самообслуживания, члены семьи или персонал по уходу на дому могут оказать временную поддержку пациенту

- Когда пациент и его семья кажутся готовыми к обучению, предоставьте более комплексную программу обучения с акцентом на самоменеджмент, уход за собой (например, здоровое питание, физическая активность, гликемический контроль и мониторинг, корректировка приема лекарств, навыки решения проблем, снижение риска и стратегии выживания)

- Когда пациент станет более уверенным в навыках ухода за собой и лечении, обучите его стратегии снижения риска осложнений, связанных с СД 2 (например, регулярно проверять артериальное давление, контролировать уровень липидов, оценивать ступни на предмет изъязвлений или травм, систематическая консультация окулиста)

- При развитии тяжелых осложнений и необходимости в госпитализации, предоставьте информацию о навыках, связанных с пребыванием в больнице.

• При стабилизации состояния пациента с СД 2, например, если уровень глюкозы в крови пациента низкий, расскажите ему о признаках и симптомах гипогликемии, если предписано введение инсулина, запланируйте обучение, чтобы позволить пациенту самостоятельно вводить инсулин,

• Предоставьте выбор в процессе обучения и запланированных сеансах обучения (например, побудите пациента определить, что именно он хотел бы узнать и какую информацию следует освещать в первую очередь), при принятии решений о вариантах лечения (например, какой инсулиновый прибор (например, шприц, ручка,

инсулиновая помпа) предпочтительнее для введения инсулина, какой домашний глюкометр лучше всего соответствует потребностям пациента;

• Используйте различные стратегии преподавания для достижения наилучших результатов, это может быть групповое обучение или прямое общение (например, личное по телефону). Общение напрямую наиболее ценится пациентами, помогает пациенту (семье) чувствовать себя более уверенным, укрепляет доверие и поддерживать надежду;

-Используйте структурированный список вопросов для поощрения пациентов с СД 2 во время учебного сеанса, это поможет получить отзыв пациента о предоставляемой информации и усилит его участие, а также может сэкономить время, необходимое для учебного занятия.

- Предоставление пациенту и/или членам семьи возможности практиковать навыки самоконтроля.

- Сделать учебный процесс максимально домашним и реалистичным.

- Оставить достаточно времени для создания безопасной и благоприятной среды, чтобы пациент и/или члены семьи попрактиковались в освоении какого-либо навыка и повторили попытку. Задайте вопросы «что если», чтобы в затруднительной ситуации помочь пациенту и его семье решить проблемы, например,

-Что, если вы оставили инсулин в холодной машине на ночь? — Что, если вы работаете по ночам и вам нужно скорректировать график инсулина? —Что, если вы захотите съесть больше, чем обычно во время праздничного обеда? —Что, если вы планируете поездку в страны с иным часовым поясом? —Что, если вам не хватит еды? —Что, если вы принимаете свой быстродействующий инсулин по графику, но ужин неожиданно задерживается на час?

-Эффективность печатных материалов (буклеты, информационные бюллетени) материалов варьируется в зависимости от контента предоставленной информации, визуальной привлекательности, разборчивости, стиля текста, шрифта, размера

- Предоставление аудиозаписей в виде образовательного сеанса или консультации пациента может приводить к повышению участия пациента в будущих сеансах и более активному его вовлечению в принятие решений о дальнейших планах лечения, но не всегда повышает удовлетворенность пациентов.

- Интернет-ресурсы доступны для большинства пациентов с СД 2, хотя медицинские работники расходятся во мнениях относительно ценности Интернет-информации

- стратегия для улучшения использования Интернета пациентами заключается в предоставлении списка веб-сайтов, которые дают достоверную, актуальную и понятную информацию о СД 2.

- С веб-сайтом American Association of Diabetes Educators (AADE) можно ознакомиться по адресу: <https://www.diabeteseducator.org/> или the American Diabetes Association (ADA) Website at <http://www.diabetes.org/>

• Различные сообщества (например, групповые тренинги, группы поддержки) могут улучшить просвещение пациентов и его семьи о СД 2;

- Оценить реакцию пациента/семьи на образование в отношении СД 2

• Последовательная оценка обучения на протяжении всего курса лечения пациента.

• Использование метода обучения для оценки понимания обучаемого:

- Перескажите пациенту информацию о здоровье и/или проведите демонстрацию навыка самообслуживания, а затем позвольте пациенту продемонстрировать этот навык, при этом внимательно наблюдайте и при необходимости уточняйте

- Помните, что конкретная информация лучше запоминается, чем общая

- Используйте рейтинг самооффективности (т. е. степень, с которой человек считает, что он может достичь желаемого результата), чтобы оценить, насколько ученик уверен в себе в понимании информации или выполнения какого-либо навыка. Например, спросите пациента: «По шкале от 1 до 10, насколько вы уверены, что сможете правильно принимать лекарства, когда будете дома?».

- если ответ пациента <7, необходима коррекция: проводить повторную подготовку до тех пор, пока ответ пациента не станет ≥ 7 , дополнительно привлекать к обучению семью или других лиц, обеспечивающих уход, организовать уход на дому, чтобы поддержать пациента и его семью до того момента, когда будет достигнут желаемый результат

- Можно использовать шкалу возможностей, которая считается надежной и достоверной мерой психосоциальной самооффективности пациентов с диабетом [46]. Пациенты оценивают свою степень самооффективности, отвечая на следующие вопросы «да / нет»:

- Я считаю, что я:

- знаю навыки самоменеджмента СД 2, но не совсем удовлетворен своей способностью их выполнять

- могу превратить мои цели по управлению СД 2 в реальный рабочий план

- могу попробовать различные способы преодоления барьеров для достижения моих целей СД 2

- могу найти путь, чтобы чувствовать себя лучше, имея данное заболевание

- знаю, как справляться со стрессом, связанным с СД 2

- могу попросить о поддержке СД 2, в случае необходимости

- знаю, что помогает мне оставаться мотивированным для самоменеджмента СД 2

- знаю, какой сделать выбор в отношении ухода, который подходит мне

- При необходимости обновляйте план ухода за пациентом, и сообщайте о любых проблемах с членами междисциплинарной команды, чтобы можно было укрепить информацию и продолжить или изменить план обучения соответствующим образом.

- Запишите в медицинскую карту пациента следующую информацию:

• Все предоставленные сведения о СД 2, в том числе реализованные конкретные стратегии преподавания / обучения.

• Результаты оценки, касающиеся готовности к обучению, предпочтительного стиля (ей) обучения, потребностей / желаний к обучению и приоритетов пациента.

• Выявленные барьеры на пути к обучению и методы, используемые для преодоления этих барьеров.

• Реакция пациента на обучение, включая продемонстрированный уровень понимания и/или способности выполнять необходимые навыки.

• Планирование продолжения обучения пациентов, в том числе необходимость усиления или обучения конкретной информации, использование другого метода обучения

Что ожидать от пациента СД 2 после обучения

Пациенты с СД 2 должны:

- Лучше понимать сущность заболевания СД2 и предписанный режим лечения
- участвовать в принятии решений о необходимой медицинской помощи
- использовать навыки самоконтроля в меру своих возможностей
- использовать эффективные стратегии для управления проявлениями СД 2
- распознавать проблемы, связанные с СД 2 и отвечать соответствующим образом
- получать достоверную образовательную информацию на протяжении всего курса ухода
- успешно справляться с психосоциальными и эмоциональными аспектами наличия СД 2
- инициировать изменения образа жизни для снижения риска осложнений
- улучшать результаты в отношении здоровья, если это необходимо
- получать достоверную образовательную информацию на протяжении всего курса лечения пациента
- перечитывать информацию о здоровье и демонстрировать навыки самостоятельного ухода за собой
- получать информацию с учетом культурных особенностей, на понятном языке и соответствующем уровне

Подчеркните важность постоянного медицинского наблюдения и немедленного обращения за медицинской помощью в случае появления новых или ухудшающихся признаков и симптомов [47-55].

14. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПЕДИАТРИИ

• Вакцинация



Вакцинация за последние столетия спасла миллионы детей от таких смертельно опасных заболеваний, как полиомиелит и корь. Медицинская сестра может объяснить необходимость иммунизации ребенка, значение вакцинации как меры защиты ребенка от инфекционных заболеваний, возможности избежать смертельных рисков. Многие родители боятся побочных эффектов, но как правило, они незначительны и не должны быть препятствием для вакцинации. Если бы крупномасштабные программы вакцинации были приостановлены, болезни, которые находились под контролем в течение десятилетий, вновь появились бы со смертельными результатами. Прививки защищают детей не только сегодня и сейчас, программы иммунизации необходимы для защиты будущих поколений. Например, в настоящее время детям больше не нужно получать вакцины против оспы, потому что после многих лет прививок болезнь была ликвидирована. Последний случай натуральной оспы был обнаружен в Сомали в 1977 году. В будущем нам больше не надо беспокоиться о таких болезнях, как оспа, менингит и корь, пока младенцы и дети продолжают получать вакцины.

• Кашель у детей

Кашель - это здоровый рефлекс, который помогает защитить дыхательные пути от слизи, пыли и грязи. Медицинская сестра может

уточнить, что кашель связан с бактериальными или вирусными заболеваниями, такими как грипп и круп, вызывает отек голосового аппарата и трахеи. Кашель, который не проходит, может быть признаком более тревожных заболеваний, таких как астма и пневмония, и даже с сердечной патологией. Если кашель связан с вирусной инфекцией, родители должны научить ребенка кашлять в свой локоть или плечо, а не в руку, что поможет предотвратить распространение вируса. Для облегчения раздражения и отека от кашля можно предложить солевые назальные безрецептурные спреи или капли для носа, применение комнатных увлажнителей, особенно ночью. Кроме того, можно использовать специальные бальзамы и мази для наружного применения, содержащие ментол и эвкалипт, но только детям старше 2х лет и на неповрежденной коже, избегая попадания в глаза. При отсутствии аллергии на мед, можно рекомендовать данный продукт перед сном. Необходимо предупредить родителей, что нельзя давать ребенку лекарства от кашля без консультации врача, они могут быть опасны для младенцев и детей младшего возраста. И обязательно помнить, в каких случаях следует обратиться к медицинскому работнику. Если ребенок:

- кашляет более 2х недель, а если 1-2 мес. младенец, то несколько часов

- задыхается или наблюдается учащение дыхания
- наряду с кашлем имеется высокая температура
- появился синюшный оттенок лица, губ или языка
- лающий кашель, хрипы на выдохе [56].

• Грудное вскармливание



Для большинства матерей кормление грудью — это навык, которому нужно учиться. Поэтому им нужны советы медицинской сестры по правильному прикладыванию ребенка к груди при кормлении и отнятии малыша от груди. Правильное прикладывание к груди, или захват, должно обеспечивать правильную передачу молока, и, следовательно, достаточное опорожнение груди для непрерывной выработки молока. Обучение грудному вскармливанию матери включает следующие советы:

Поощряйте мать:

- держать ребенка в положении контакта кожа-к-коже и прикладывания к груди как можно раньше после рождения
- к совместному пребыванию ребенка и матери, чтобы облегчить грудное вскармливание по требованию
- кормить ребенка грудью 8-12 раз в день
- разбудить ребенка для кормления, если прошло 4 часа с момента начала предыдущего кормления
- Не давать младенцу:
 - что-нибудь выпить или съесть, кроме грудного молока, если не предписано врачом
 - пустышки, пока мать может кормить грудью успешно, если ребенок не имеет специальных медицинских показаний

Если мать не может кормить грудью во время получения какой-либо медицинской помощи, то необходимо каждые 2-3 часа в течение 10-15 минут обеспечить опорожнение материнской груди молокоотсосом для кормления младенца [57].

15. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ

Судороги - это патологическая электрическая активность мозга. Большинство приступов длятся в течение короткого времени, от нескольких секунд до нескольких минут. Наиболее распространенной причиной судорог является эпилепсия. Другими причинами судорог могут быть травма головы, алкоголь или наркотики, высокая температура, опухоль головного мозга или инфекция. Медицинская сестра может объяснить необходимость обследования и сдачи некоторых анализов, таких как электроэнцефалограмма, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография. Правильное лечение в адекватной дозе предотвращает судороги у большинства людей и позволяет им вести нормальный образ жизни. Лечащий врач назначает лекарственный препарат и следит за реакцией, чтобы при необходимости внести изменения. Медицинская сестра может рассказать, какие меры способствуют предотвращению новых приступов:

- необходимо высыпаться, избегать алкоголя и научиться снимать стресс с помощью методов релаксации
 - не играть в компьютерные или электронные игры в течение длительного времени, потому что мерцание экрана может вызвать приступ.
 - избегать подъема на высокую местность, плавания или приготовления пищи в одиночестве
 - при возникновении ауры немедленно лечь в безопасное место. Позвонить своему врачу после прекращения припадка.
- Кроме того, медицинская сестра может дать советы членам семьи, как вести себя во время приступа:
- не пытайтесь силой что-либо втолкнуть ему в рот или открыть челюсть, если она сжата.
 - уберите твердые или острые предметы с его пути.
 - переверните его на бок и положите под голову что-нибудь мягкое (например, свернутую одежду, типа толстовки).
 - ослабьте одежду вокруг его шеи (например, галстук), чтобы помочь ему дышать.
 - не пытайтесь удержать его, это может привести даже к перелому, особенно у пожилых людей.

- если возможно, обратите внимание на длительность приступа и какие части тела поражены, чтобы позже можно было описать приступ врачу.

- если припадок длится более 5 минут или начинается снова вскоре после его окончания, вызовите скорую помощь. Приступы, которые не прекращаются (эпилептический статус), очень опасны и требуют неотложной помощи [58].

Заключение

Данное учебное пособие по обучению пациентов медицинским сестрами предназначено для бакалавров специальности «Сестринское дело» и медицинских сестер. Содержит информацию по основным принципам обучения пациентов, включающую различные стратегии, методы и способы, которые необходимы для эффективного обучения пациентов и их семей. Представлены обучающие методики для наиболее распространенных заболеваний и состояний. Надлежащая практика, основанная на доказательствах, содержит всестороннюю и непротиворечивую информацию для достижения наилучших результатов при оказании медицинской помощи.

Тестовые задания

1. Основная цель самоменеджмента при хронических заболеваниях-это:

А. успешные мероприятия по профилактике хронических заболеваний в лечебно-профилактическом учреждении

В. улучшить свойства системы здравоохранения выполняющей заданную целевую функцию, реализуемую системой в целом

С. деятельность администрации лечебно-профилактического учреждения по раннему выявлению хронических заболеваний

Д. предоставление пациентам и их семьям информации знаний, необходимых им для понимания заболевания, а также навыков управления и ведения хронического заболевания

Е. улучшение основных показателей эффективности работы лечебно-профилактического учреждения

2. Наглядность обучения - это:

А. беседа

В. демонстрация

С. специальная литература

Д. предметы ухода

Е. лекция

3. Среда обучения:

А. приемный покой

В. комната или палата пациента

С. процедурный кабинет

Д. холл больницы

Е. предоперационная палата

4. Наиболее подходящий метод обучения пожилого пациента:

А. обучение с вовлечением в обсуждение

В. обучение с помощью иллюстрированных книг

С. обучение с помощью игр

Д. обучение-имитация с помощью кукол

Е. беседа о вреде токсикомании и половом воспитании

5. Педагогический прием:

А. обеспечение предметами ухода

- В. обеспечение специальной литературой
- С. беседа
- Д. знание
- Е. профессиональная компетенция

6. Аудиалы-это пациенты, предпочитающие:

- А. наглядные пособия, презентации
- В. логически понимать основной смысл и содержание информации
- С. воспринимать информацию на слух
- Д. мыслить схематически
- Е. обучаться, манипулируя инструментами

7. Визуалы – это пациенты, предпочитающие:

- А. мыслить схематически
- В. воспринимать информацию на слух
- С. обучаться, манипулируя инструментами
- Д. наглядные пособия, презентации
- Е. логически понимать основной смысл и содержание информации

8. Кинестетики – это пациенты, предпочитающие:

- А. логически понимать основной смысл и содержание информации
- В. воспринимать информацию на слух
- С. наглядные пособия, презентации
- Д. мыслить схематически
- Е. обучаться, манипулируя инструментами

9. Учебно-наглядные пособия:

- А. фантомы
- В. медицинский инструментарий
- С. предметы ухода
- Д. медицинские приборы
- Е. лекционный материал

10. Неблагоприятный фактор обучения:

- А. достаточная вентиляция
- В. тишина

- С. усталость
- Д. достаточное освещение
- Е. комфортная температура

11. Способность к обучению зависит от:

- А. Эмоций
- В. Эмпатии со стороны медсестры
- С. Гармоничного развитие личности
- Д. Планирования обучения
- Е. Комфортной обстановки

12. Документирование учебного процесса важно, так как:

- А. способствует гармоничному развитию личности пациента
- В. учитывает потребности пациента
- С.помогает освоить стратегии обучения новым медсестрам
- Д. является навыком, процессом овладения мастерством
- Е. побуждает пациента заниматься деятельностью, которая приводит к желаемым изменениям

13. Вовлечение членов семьи в обучение пациентов важно, потому что:

- А. побуждает пациента заниматься деятельностью, которая приводит к желаемым изменениям
- В. помогает освоить стратегии обучения новым медсестрам
- С. повышает вероятность выполнения пациентом всех необходимых инструкций
- Д. способствует гармоничному развитию личности пациента
- Е. это гарантия удовлетворения индивидуальных потребностей пациента

14. Уровень образования и грамотность пациента необходимо учитывать при обучении, так как:

- А. помогает освоить стратегии обучения новым медсестрам
- В. это гарантия удовлетворения индивидуальных потребностей пациента
- С. обучение более эффективно если приспособлено к уровню понимания пациента
- Д. позволяет оценить и определить проблемы семьи пациента
- Е. способствует гармоничному развитию личности пациента

15. Достаточное освещение является фактором обучения:

- A. благоприятным
- B. отвлекающим
- C. неблагоприятным
- D. нежелательным
- E. утомительным

16. Мотивация к обучению— это:

- A. использование внешних поощрений и наказаний
- B. использование внутренних стимулов
- C. процесс овладения мастерством, навыком
- D. готовность, желание человека учиться
- E. составление стратегии обучения

17. Создание или адаптация среды для облегчения процесса обучения, использование подходов, ориентированных на пациента, оценка потребностей пациента в обучении и использование наиболее подходящей образовательной стратегии- это:

- A. стратегии обучения для пациентов
- B. мотивация пациента к обучению
- C. роль медицинской сестры в обучении пациента
- D. вовлечение членов семьи в обучение пациентов
- E. оценка потребностей пациента, его стиля и предпочтений

18. Медицинская сестра в процессе обучения пациента для эффективного общения должна проявлять:

- A. любопытство
- B. нежность
- C. призыв к дисциплине
- D. требовательность
- E. эмпатию

19. Медсестра планирует рассказать пациенту о важности физических упражнений. Какое лучшее время для обучения?

- A. Когда посетители находятся в комнате
- B. Когда пациент указывает на отсутствие боли
- C. Перед самым обедом, когда пациент немного голоден
- D. Когда пациент говорит о текущих стресс-факторах в своей жизни

E. Утром после пробуждения пациента

20. Пациент с недавно диагностированным и прооперированным онкологическим заболеванием выписывается домой. Пациент избегает обсуждения своей болезни. Обучая пациента инструкциям по выписке, медсестра должна:

- A. Обучить супругу пациента
- B. Сосредоточиться на знаниях, которые понадобятся пациенту через несколько недель
- C. Предоставить только ту информацию, которая необходима пациенту для возвращения домой
- D. Убедить пациента, что обучение необходимо для его здоровья
- E. Не проводить обучение

21. Медсестра из сообщества собирается провести обучение пациента по вопросам питания. Для достижения наилучших результатов обучения на первоначальном этапе медсестра должна:

- A. Предоставить информацию, используя лекцию.
- B. Использовать простые слова для понимания.
- C. Выполнить обширный поиск литературы, посвященный расстройствам пищевого поведения.
- D. Разработать темы, которые включают мероприятия и решение проблем
- E. Изучить вместе с пациентом их знание о питании для определения образовательных потребностей

22. Медсестра организует программу обучения пациентов профилактики определенных заболеваний для некоей культурной группы. Для эффективного удовлетворения потребностей этой группы медсестра должна:

- A. Оценить потребности сообщества в целом
- B. Выполнить обширный поиск литературы, посвященный профилактике данных заболеваний.
- C. Использовать образовательные материалы, которые являются упрощенными и имеют много картинок.
- D. Оценить общепринятые представления о здоровье среди культурной группы.
- E. Рассказать группе о западных концепциях здоровья и болезни

23. Медсестра, преподающая обучающий класс группе беременных подростков, беседа, дала им куклы для купания. Это пример:

- A. Моделирования
- B. Аналогии
- C. Ролевых игр
- D. Демонстрации
- E. Лекции

24. Пациент с затруднениями к обучению начинает принимать новое гипотензивное лекарственное средство. При обучении пациента медикаментозному лечению медсестра должна:

- A. Продемонстрировать измерение доз и попросить повторную демонстрацию.
- B. Предоставить только письменный материал.
- C. Представить информацию в устном виде
- D. Ожидать, что пациент усвоит информацию быстро
- E. Обучить только членов семьи

25. Пациент должен научиться делать себе подкожную инъекцию. Медсестра знает, что пациент готов к обучению, если он:

- A. Получил письменные инструкции
- B. Понимает важность изучения навыка
- C. Может видеть и понимать маркировку на шприце.
- D. Имеет ловкость рук, необходимую для подготовки и введения лекарства
- E. Заявляет о хорошем самочувствии

26. Пациент, который находится в больнице, только что получил диагноз диабета. Ему нужно научиться делать себе уколы. Наилучший метод обучения

- A. Демонстрация.
- B. Групповое обучение.
- C. Индивидуальное обсуждение.
- D. Лекция
- E. Беседа

27. Медсестре необходимо научить молодую женщину, у которой недавно диагностирована астма, справиться с болезнью. Какую тему из перечисленных медсестра должна применить в первую очередь?

- A. Как пользоваться ингалятором во время приступа астмы
- B. Необходимость избегать людей, которые курят, чтобы предотвратить приступы астмы
- C. Где купить медицинский браслет с предупреждением о том, что у нее астма
- D. Важность регулярного поддержания здоровой диеты
- E. Важность регулярного выполнения физических упражнений

28. Пациент должен научиться пользоваться ингалятором. Какой компонент необходим для приобретения этого навыка?

- A. Когнитивный
- B. Аффективный
- C. Психомоторный
- D. Внимание
- E. Поведенческий

29. Пациент с болью в груди скоро подвергнется экстренной катетеризации сердца. Что из следующего является наиболее подходящим подходом к обучению в этой ситуации?

- A. Рассказ
- B. Демонстрация
- C. Ролевая игра
- D. Моделирование
- E. Лекция

30. Медсестра учит 27-летнего мужчину, как регулировать дозировку инсулина на основе результатов измерения уровня сахара в крови. Этот вид деятельности направлен на обучение в когнитивной сфере на уровне:

- A. понимания
- B. внимания
- C. запоминания
- D. моделирования
- E. применения

Эталоны ответов

№		№		№	
1	D	11	A	21	E
2	B	12	C	22	D
3	B	13	C	23	C
4	A	14	C	24	A
5	C	15	A	25	B
6	C	16	D	26	A
7	D	17	C	27	A
8	E	18	E	28	C
9	A	19	B	29	A
10	C	20	C	30	E

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Canadian Fundamentals of Nursing. Sixth edition. Editors Barbara J. Astle, RN, PhD, Wendy Duggleby, RN, PhD Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN, Anne Griffin Perry, RN, MSN, EdD, FAAN, Patricia A. Stockert, RN, BSN, MS, PhD, Amy M. Hall, RN, BSN, MS, PhD, CNE 4573p
2. <https://helpiks.org/3-63125.html>
3. Grønning, K., Rannestad, T., Skomsvoll, J.F., Rygg, L.Ø., & Steinsbekk, A. (2013). Long-term effects of a nurse-led group and individual education programme for patients with chronic inflammatory polyarthritis—a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 1005–1017. doi: 10.1111/jocn/12353.
4. Stenburg, U., Haaland-Overby, M., Fredriksen, K., Westermann, T. K., & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759–1771. doi:10.1016/j.pec/2016.07.027.
5. http://lippincottolutions.lww.com/blog.entry.html/2015/03/04/10_patient_teaching-Hs1L.html
6. Bryant, R., & Gaspar, P. (2014). Implementation of a self-care of heart failure program among home-based clients. *Geriatric Nursing*, 35(3) 188-193. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.01.003 (R)
7. Cameron, V. (2013). Best practices for stroke patient and family education in the acute care setting: A literature review. *MEDSURG Nursing*, 22(1), 51-55. (RV)
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), & National Center for Health Statistics (NCHS). (2015). Underlying cause of death 1999-2015. Retrieved March 16, 2017, from <https://wonder.cdc.gov/ucd/icd10.html> (R)
9. Delaney, C., Apostolidis, B., Bartos, S., Morrison, H., Smith, L., & Fortinsky, R. (2013). A randomized trial of telemonitoring and self-care education in heart failure patients following home care discharge. *Home Health Care Management & Practice*, 25(5), 187-195. doi:10.1177/1084822312475137 (RCT)
10. Fihn, S. D., Blankenship, J. C., Alexander, K. P., Bittl, J. A., Byrne, J. G., Fletcher, B. J., ... Smith, P. K. (2014). 2014 ACC/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guidelines for the diagnosis and

management of patients with stable ischemic heart disease. *Circulation*, 130(19), 1749-1767. doi:10.1161/CIR.0000000000000095 (G)

11. Fryar, C. D., Chen, T. C., & Li, X. (2012). Prevalence of uncontrolled risk factors for cardiovascular disease: United States, 1999-2010. NCHS Data Brief, No. 103. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. (GI)

12. Hoban, M. B., Fedor, M., Reeder, S., & Chernick, M. (2013). The effect of telemonitoring at home on quality of life and self-care behaviors of patients with heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 31(7), 368-377. doi:10.1097/NHH.0b013e318291fd56 (R)

13. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). (2016). FDA and ISMP lists of look-alike drug names with recommended tall man letters. Retrieved March 16, 2017, from <https://www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf> (PP)

14. The Joint Commission. (2017). Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH): The official handbook. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, Inc. (G)

15. LeFevre, M. L. (2014). Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 161(8), 587-593. doi:10.7326/M14-1796 (G)

16. McAleer, S. F., Cupples, M. E., Neville, C. E., McKinley, M. C., Woodside, J. V., & Tully, M. A. (2011). Statin prescription initiation and lifestyle behaviour: A primary care cohort study. *BioMed Central Family Practice*, 17(77), 1-8. doi:10.1186/s12875-016-0471-6 (R)

17. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. (2016). Heart disease and stroke statistics—2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38-360. doi:10.1161/CIR.0000000000000350 (R)

18. Pastor, D. K., & Moore, G. (2013). Uncertainties of the heart: Palliative care and adult heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 31(1), 29-38. doi:10.1097/NHH.0b013e3182778ee3 (RV)

19. Poston, K. M., Dumas, B. P., & Edlund, B. J. (2014). Outcomes of a quality improvement project implementing stroke discharge advocacy to reduce 30-day readmission rates. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(3), 237-244. doi:10.1097/NCQ.0000000000000040 (QI)

20. Schneider, R. H., Grim, C. E., Rainforth, M. V., Kotchen, T., Nidich, S. I., Gaylord-King, C., & Alexander, C. N. (2012). Stress

reduction in the secondary prevention of cardiovascular disease: A randomized, controlled trial of transcendental meditation and health education in blacks. *Circulation: Cardiovascular Quality & Outcomes*, 5(6), 750-758. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967406 (RCT)

21. Simpson, M. (2014). A quality improvement plan to reduce 30-day readmissions of heart failure patients. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(3), 280-286. doi:10.1097/NCQ.0000000000000038 (QI)

22. Tecson, K. M., Silver, M. A., Brune, S. D., Cauthen, C., Kwan, M. D., Schussler, J. M., ... McCullough, P. A. (2016). Impact of enhanced external counterpulsation on heart failure rehospitalization in patients with ischemic cardiomyopathy. *American Journal of Cardiology*, 117(6), 900-905. doi:10.1016/j.amjcard.2015.12.024 (R)

23. Uhlig, K., Patel, K., Ip, S., Kitsios, G. D., & Balk, E. M. (2013). Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), 185-191. doi:10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00008 (R)

24. American Association of Diabetes Educators (AADE). (2016). Position statements. Retrieved February 7, 2018, from <https://www.diabeteseducator.org/practice/practice-documents/position-statements> (G)

25. American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes-2017: Summary of revisions. *Diabetes Care*, 40(Suppl 1), S4-S5. doi:10.2337/dc17-S003 (RV)

26. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). National Diabetes Statistics Report, 2017. Retrieved February 7, 2018, from <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf> (PGR)

27. Halbron, M., Sachon, C., Simon, D., Obadia, T., Grimaldi, A., & Hartemann, A. (2014). Evaluation of a 5-day education programme in type 1 diabetes: Achieving individual targets with a patient-centred approach. *Diabetic Medicine*, 31(4), 500-503. doi:10.1111/dme.12372 (R)

28. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). (2016). FDA and ISMP lists of look-alike drug names with recommended tall man letters. Retrieved February 7, 2018, from <http://www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf> (PP)

29. The Joint Commission. (2016). Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH): The official handbook. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, Inc. (PP)

30. Orr, C. J., Hopman, W., Yen, J. L., & Houlden, R. L. (2015). Long-term efficacy of insulin pump therapy on glycemic control in adults with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 17(1), 49-54. doi:10.1089/dia.2014.0131 (R)

31. Pinhas-Hamiel, O., Levek-Motola, N., Kaidar, K., Boyko, V., Tisch, E., Mazor-Aronovitch, K., ... Frumkin Ben-David, R. (2015). Prevalence of overweight, obesity and metabolic syndrome components in children, adolescents and young adults with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes/Metabolism Research & Reviews*, 31(1), 76-84. doi:10.1002/dmrr.2565 (R)

32. Rankin, D., Cooke, D. D., Heller, S., Elliot, J., Amiel, S., & Lawton, J. (2012). Experiences of using blood glucose targets when following an intensive insulin regimen: A qualitative longitudinal investigation involving patients with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 29(8), 1079-1084. doi:10.1111/j.1464-5491.2012.03670.x (R)

33. Speight, J., Holmes-Truscott, E., Harvey, D. M., Hendrieckx, C., Hagger, V. L., Harris, S. E., ... McIntyre, H. D. (2016). Structured type 1 diabetes education delivered in routine care in Australia reduces diabetes-related emergencies and severe diabetes-related distress: The OzDAFNE program. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 112, 65-72. doi:10.1016/j.diabres.2015.11.002 (R)

34. Strandberg, R. B., Graue, M., Wentzel Larsen, T., Peyrot, M., Thordarson, H. B., & Rokne, B. (2015). Longitudinal relationship between diabetes-specific emotional distress and follow-up HbA1c in adults with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Medicine*, 32(10), 1304-1310. doi:10.1111/dme.12781 (R)

35. Whitlatch, H. B., Gaddam, S., & Ferri, F. F. (2017). Diabetes mellitus. In F. F. Ferri (Ed.), *2017 Ferri's clinical advisor: 5 books in 1* (pp. 364-370). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier. (GI)

36. Zoffmann, V., Vistisen, D., & Due-Christiansen, M. (2014). A cross-sectional study of glycemic control, complications and psychosocial functioning among 18- to 35-year old adults with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 31(4), 493-499. doi:10.1111/dme.12363 (R)

37. Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... Vivian, E. (2015). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes. A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Educator*, 41(4), 417-430. doi:10.1177/0145721715588904 (G)

38. American Diabetes Association. (2018). Summary of Revisions Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*, 42(Supplement 1), S4-S6. doi:10.2337/dc19-srev01 (G)

39. American Diabetes Association (ADA). (2016). Standards of medical care in diabetes – 2016: Summary of revisions. *Diabetes Care*, 39(Suppl. 1), S4-S5. doi:10.2337/dc16-S003 (RV)

40. Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., ... Wang, J. (2017). National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Spectrum*, 30(4), 301-314. doi:10.2337/ds17-0067 (G)

41. Shaya, F. T., Chirikov, V. V., Howard, D., Foster, C., Costas, J., Snitker, S., ... Kucharski, K. (2014). Effect of social networks intervention in type 2 diabetes: A partial randomized study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 68(4), 326-332. doi:10.1136/jech-2013-20327 (RCT)

42. Lew, K. N., & Wick, A. (2015). Pharmacotherapy of type 2 diabetes mellitus: Navigating current and new therapies. *MEDSUR Nursing*, 24(6), 413-419, 438. (RV)

43. Khosravan, S., Alami, A., & Rahni, S. (2015). Effects of a continuous care model based non-pharmacological intervention on sleep quality in patients with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(2), 96-104. (RCT)

44. Fitzgerald, K., & Keyes, K. (2017). Teaching methods and settings. In S. B. Bastable (Ed.), *Essentials of patient education* (2nd ed., pp. 379-416). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. (GI)

45. Hainsworth, D., Bastable, S., & Keyes, K. (2017). Instructional materials. In S. B. Bastable (Ed.), *Essentials of patient education* (2nd ed., pp. 417-458). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. (GI)

46. Michigan Diabetes Research and Training Center. (n.d.). Survey instruments. Retrieved December 25, 2018, from http://diabetesresearch.med.umich.edu/Tools_SurveyInstruments.php (G)

47. Altevers, J., Lukaschek, K., Baumert, J., Kruse, J., Meisinger, G., Emeny, R. T., & Ladwig, K. H. (2016). Poor structural social support associated with an increased risk of type 2 diabetes mellitus: Findings from the MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Diabetic Medicine*, 33(1), 47-54. doi:10.1111/dme.12951 (R)

48. Arija, V., Fernández-Cao, J. C., Basora, J., Bulló, M., Aranda, I., Estruch, R., ... Salas-Salvadó, J. (2014). Excess body iron and the risk

type 2 diabetes mellitus: A nested case – control in the PREDIMED (PREvention with MEDiterranean Diet) study. *British Journal of Nutrition*, 112(11), 1896-1904. doi:10.10117/S00007114514002852 (R)

49. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). National diabetes statistics report: Estimates of diabetes and its burden in the United States, 2017. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved December 25, 2018, from <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf> (PGR)

50. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Diabetes report card 2017. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved December 25, 2018, from <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/library/diabetesreportcard2014.pdf> (PGR)

51. Dalal, M. R., Robinson, S. B., & Sullivan, S. D. (2014). Real-world evaluation of the effect of counseling and education in diabetes management. *Diabetes Spectrum*, 27(4), 235-243. doi:10.2337/diaspect.27.4.235 (R)

52. Institute for Safe Medication Practices. (2015). ISMP's list of confused drug names. Retrieved December 25, 2018, from <http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf> (GI)

53. The Joint Commission. (2018). Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH): The official handbook. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, Inc. (G)

54. Joslin Diabetes Center. (n.d.). Ten things you might not know about diabetes. Retrieved December 25, 2018, from http://www.joslin.org/info/10_Things_You_Might_Not_Know_About_Diabetes.html (GI)

55. Rothschild, S. K., Martin, M. A., Swider, S. M., Lynas, C. M. T., Janssen, I., Avery, E. F., & Powell, L. H. (2014). Mexican American trial of community health workers: A randomized controlled trial of a community health worker intervention for Mexican Americans with type 2 diabetes mellitus. *American Journal of Public Health*, 104(8), 1540-1548. doi:10.2105/AJPH.2013.301439 (RCT)

56. <https://www.nursingcenter.com/clinical-resources/patient%E2%80%90education%E2%80%90collection/tools-for-patients>.

57. <http://www.medela.kz/breastfeeding-professionals/advice/lactation-period/breastfeeding-attachment>

58. <https://www.nursingcenter.com/clinical-resources/patient%E2%80%90education%E2%80%90collection/tools-for-patients>

59. Bakker, K., Apelqvist, J., Lipsky, B. A., Van Netten, J. J., & Schaper, N. C. (2015). The 2015 IWGDF guidance on the prevention and management of foot problems in diabetes. *International Wound Journal*. Advance online publication. doi:10.1111/iwj.12496 (G)

60. Bullen, B., & Young, M. (2016). When patient education fails: Do we consider the impact of low health literacy? *Diabetic Foot Journal*, 19(3), 138-141. (C)

61. Bus, S. A., Armstrong, D. G., van Deursen, R. W., Lewis, J. E. A., Caravaggi, C. F., & Cavanaugh, P. R. (2016). IWGDF guidance on footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes/Metabolism Research & Reviews*, 32(Suppl 1), 25-36. doi:10.1002/dmrr.2697 (G)

62. Dorresteijn, J. A., Kriegsman, D. M., Assendelft, W. J., & Valk, G. D. (2014). Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. Art. No. CD001488. doi:10.1002/14651858.CD001488.pub5 (SR)

63. Dumville, J. C., Deshpande, S., O'Meara, S., & Speak, K. (2013). Foam dressings for healing diabetic foot ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD009111. doi:10.1002/14651858.CD009111.pub3 (SR)

64. Dumville, J. C., O'Meara, S., Deshpande, S., & Speak, K. (2013). Alginate dressings for healing diabetic foot ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Art. No.: CD009110. doi:10.1002/14651858.CD009110.pub3 (SR)

65. Fitzgerald, K., & Keyes, K. (2016). Teaching methods and settings. In S. B. Bastable (Ed.), *Essentials of patient education* (2nd ed., pp. 379-416). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. (GI)

66. Haas, L., Maryniuk, M., Back, J., Cox, C. E., Duker, P., Edwards, L., ... Youssef, G. (2014). National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 37(S1), S144-S153. doi:10.2337/dc14-s144 (G)

67. Hainsworth, D., Bastable, S., & Keyes, K. (2016). Instructional materials. In S. B. Bastable (Ed.), *Essentials of patient education* (2nd ed., pp. 417-458). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. (GI)

68. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). (2016). FDA and ISMP lists of look-alike drug names with recommended tall man letters.

Retrieved January 19, 2018, from www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf (PP)

69. The Joint Commission. (2017). *Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH): The official handbook*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, Inc. (G)

70. Lipsky, B. A., Berendt, A. R., Cornia, P. B., Pile, J. C., Peters, E. J., Armstrong, D. G., ... Senneville, E. (2012). Executive summary: 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clinical Infectious Diseases*, 54(12), 1679-1684. doi:10.1093/cid/cis460 (G)

71. Morey-Vargas, O. L., & Smith, S. A. (2015). BE SMART: Strategies for foot care and prevention of foot complications in patients with diabetes. *Prosthetics and Orthotics International*, 39(1), 48-60. doi:10.1177/0309364614535622 (RV)

72. Sartor, C. D., Hasue, R. H., Cacciari, L. P., Butugan, M. K., Watari, R., Passaro, A. C., ... Sacco, I. C. (2014). Effects of strengthening, stretching, and functional training on foot function in patients with diabetic neuropathy: Results of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 137. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031603/>. doi:10.1186/1471-2474-15-137 (RCT)

Приложение

Обучение уходу за стопами пациентам с СД

Пациенты с диабетом, у которых есть периферическая нейропатия или заболевание периферических сосудов, подвергаются повышенному риску развития изъязвления стопы. Уход за ногами важен независимо от типа диабета. Самое незначительное воспаление на нижних конечностях при сахарном диабете может перерасти в серьезную проблему, которая может закончиться ампутацией. Даже при небольшом воспалении необходимо обратиться к врачу

Обучение пациента с диабетом уходу за ногами включает в себя обучение ежедневному осмотру ног, систематической процедуре выполнения ухода за ногами, необходимости срочного оповещения о ненормальных результатах (например, о повреждении кожи, грибок, воспаление). Пациент должен иметь представление о потенциальных осложнениях при отсутствии лечения, например, изъязвление стопы.

При обучении пациента уходу за диабетической стопой следует обратить внимание на следующие моменты:

- Ежедневно проводить осмотр ног, чтобы вовремя обнаружить потертости, порезы, царапины и другие повреждения, через которые может проникнуть инфекция. Обязательно осмотреть промежутки между пальцами. Подошвы стоп можно легко осмотреть с помощью зеркала. Если пациент не может визуально осмотреть ноги, следует рекомендовать это сделать члену семьи или другому лицу, осуществляющему уход

- Не подвергать ноги воздействию очень высоких и очень низких температур. Воду в ванной сначала проверить рукой, чтобы убедиться, что она не очень горячая. Если ноги мерзнут по ночам, надевать теплые носки. Не пользоваться грелками или другими горячими предметами;

- Ежедневно мыть ноги и осторожно (не растирая) вытирать их. Не забывать тщательно просушить межпальцевые промежутки. После душа или плавания ноги нужно тщательно просушить;

- Аккуратно сгладьте мозоли, используя пемзу, не используя острые предметы или едкие безрецептурные препараты для мозолей

- Ногти на ногах нужно обрезать прямо, не закругляя слишком сильно уголки. Если ноготь утолщен и его тяжело обрезать ножницами - его надо подпиливать

- Если мозоли или вросшие ногти сохраняются, обратитесь за помощью к врачу.

- Держите ноги сухими, предотвращайте попадание влаги и возникновение мацерации между пальцами, используя специальные порошки (присыпки) для ног.

- При излишней сухости кожи нанесите увлажняющий крем на ноги для предотвращения растрескивания, но не наносите крем между пальцами ног

- Носите удобную, хорошо облегающую, но не сжимающую обувь из натуральных материалов, которая с самого начала хорошо сидит на ноге; не покупайте обувь, которую нужно разносить (или растягивать). Не носите обувь с узкими носками или такую, которая сдавливает пальцы. Подбирайте обувь во второй половине дня: вы сможете более точно определить размер, так как ноги к этому времени немного отекают;

- При снижении чувствительности на ногах ходите за покупкой с картонным отпечатком вашей стопы (поставьте ногу на лист плотной бумаги, обведите по контуру и вырежьте стельку - «отпечаток подошвы») и вставляйте ее в обувь, если стелька согнется по краям значит, такая обувь вам будет давить и приведет к мозолям и потеростям;

- При значительной деформации стоп требуется изготовление специальной ортопедической обуви. Никогда не надевайте уличную обувь на босую ногу. Никогда не носите сандалии или босоножки с ремешком, который проходит между пальцами. Не ходите босиком и, тем более, по горячей поверхности;

- При травмах: йод, «марганцовка», спирт и «зеленка» противопоказаны из-за дубящего действия. Ссадины, порезы и т.п. обработайте перекисью водорода (3%-ный раствор), а лучше - специальными средствами (мирамистин, хлоргексидин, диоксидин) и наложите стерильную повязку

- Никогда не пользуйтесь химическими веществами или препаратами для размягчения мозолей. Никогда не удаляйте мозоли режущими инструментами (бритва, скальпель и т.п.). Для этой цели используйте пемзу и подобные специальные приспособления;

- Всегда проверяйте обувь, прежде чем надевать ее, чтобы убедиться, что на ней нет мелких камешков и острых предметов.

- Покупайте обувь с широким носком, чтобы освободить место для движения пальцев ног, а также избегайте ношения высоких каблуков и туфель с острыми носами.

- Не носите обувь с подошвой из винила, резины или пластика, поскольку эти материалы могут инициировать появление грибковой инфекции.

- Дома ходите в тапочках с мягкой подошвой.

- Очень важно ежедневно менять носки. Носить только подходящие по размеру, лучше светлые хлопчатобумажные носки, чтобы избежать окрашивания ног цветными носками, также на белых носках сразу можно заметить следы возможных ранок (следы крови и др.). Нельзя носить заштопанные и носки с узкими резинками, поскольку они ограничивают приток крови к ступням

Предоставьте пациенту достаточно времени для усвоения информации и задайте вопросы «что, если», - Что делать, если вы не видите кожу между пальцами ног? -Что если вы нашли мозоль на ноге? -Что если ваши туфли настолько тугие, что нет места для движения пальцев? -Что, если ногти необходимо подстричь, но вы не можете добраться до них? [59-72].

Дополнительную информацию, связанную с уходом за диабетической стопой, можно найти на веб-сайте AADE по адресу: [http:// www.diabeteseducator.org/](http://www.diabeteseducator.org/).