

Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИ-
ТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА
Факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы
Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы

Выпускная квалификационная работа (бакалаврская работа) на тему:
УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР – БАКАЛАВРОВ В ТЕРАПЕВТИ-
ЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело

«Допущен к защите»
Протокол № _____ от _____

Исполнитель:
Разбирин Даниил Александрович
(гр. 06-08, заочная форма обучения)

Заведующий кафедрой:
Касимовская Н.А., к.м.н., доцент

Научный руководитель:
Островская Ирина Владимировна,
к.псих.н., доцент

«Прошел защиту»

Оценка _____

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава 1 Теоретический анализ системы терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа в структуре диабетологической помощи населению	8
1.1 История развития терапевтического обучения больных сахарным диабетом за рубежом	8
1.2 История развития терапевтического обучения больных сахарным диабетом в России	10
1.3 Подготовка специалистов в области обучения больных сахарным диабетом	12
1.4 Концепция и методологические основы терапевтического обучения больных сахарным диабетом	14
1.4.1 Форма обучения	16
1.4.2 Наглядные методические материалы и литература для больных	17
1.5 Возможность участия медицинских сестер – бакалавров в процессе терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа	19
1.6 Выводы	23
Глава 2 Изучение возможности интеграции медицинских сестер – бакалавров в процесс организации и проведения терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа	25
2.1 Исследование существующих потребностей больных сахарным диабетом 2 типа в необходимых знаниях, умениях и навыках, которые они хотели бы усвоить в процессе обучения и их мнения о возможности участия медицинских сестер – бакалавров в терапевтическом обучении	25

2.2	Исследование готовности медицинских сестер – бакалавров к самостоятельному осуществлению и организации обучения и определение их возможных компетенций в сфере терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа	40
2.3	Разработка сестринской программы терапевтического обучения больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа	51
2.4	Выводы	54
	Заключение	57
	Список использованной литературы	60
	Приложение А. Анкета для пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа	62
	Приложение Б. Анкета для студентов 4 курса ФВСО и ПСР	68
	Приложение В. Сестринская программа обучения пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа	72

ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет (СД) – группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоими этими факторами.

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространённых хронических заболеваний, т.к. количество человек с этим заболеванием катастрофически растёт с каждым годом [22]. По данным Российского статистического ежегодника заболеваемость населения сахарным диабетом в 2000 году составляла 1,62 млн. человек, а уже в 2014 – 3,43 млн. человек. Наиболее пугающие данные в отношении заболеваемости диабетом в России исходят из Эндокринологического научного центра Министерства здравоохранения Российской Федерации. Согласно этим данным, 8 миллионов человек в России болеют диабетом, что составляет примерно 6 процентов населения, а в некоторых развивающихся эта цифра может достигать до 10 процентов и более [3]. Это лишь грубый подсчет, эпидемиологические данные по диабету в России неполные. Указанные тенденции обуславливают ежегодное увеличение численности диспансерной группы у эндокринологов. Это приводит к высокой нагрузке врача на приеме, не позволяющей уделить достаточного внимания элементам обучения пациентов правилам самоконтроля заболевания [19].

Наиболее часто встречающимися формами диабета являются тип 1, который обычно начинается в детстве или в юности, и тип 2, который обычно поражает взрослых людей (от 40 лет и старше), и вероятность проявления заболевания значительно увеличивается с возрастом и появлением избыточного веса. В общей структуре СД 90-95% составляет СД 2 типа, при этом фактическая распространённость превышает в 2-3 раза зарегистрированную. Именно данный тип диабета ассоциирован с «эпидемией диабета». Увеличение распространенности СД 2 типа обусловлено образом жизни человека (переедание, гиподинамия), что наблюдается среди населения развитых стран [22].

Сахарный диабет является актуальной проблемой мирового общества вследствие растущей заболеваемости и распространенности, ранней инвалиди-

зацией пациентов, которая приводит к ухудшению качества жизни и большим экономическим затратам государства.

Традиционными компонентами лечения сахарного диабета многие годы было принято считать диету, таблетированные сахароснижающие препараты и инсулин. Однако борьба с сахарным диабетом 2 типа и его осложнениями зависит не только от согласованной работы всех звеньев медицинской службы, но и от самих больных, без участия которых не могут быть достигнуты целевые значения компенсации углеводного обмена при сахарном диабете. Хорошо известно, что проблема успешно может быть решена только тогда, когда все известно о причинах, стадиях и механизмах ее появления и развития [6]. Именно поэтому неотъемлемой частью специализированной лечебно-профилактической помощи является необходимость обучения пациентов правилам самоконтроля заболевания. Можно сказать, что диабетология явилась пионером в новом направлении медицинской науки, делающим больного активным и полноправным партнером медицинских работников в лечебном процессе. Терапевтическое обучение предусматривает активное вовлечение больного в самостоятельное управление хроническим заболеванием с постепенным повышением уровня ответственности за свое состояние, что позволяет более эффективно использовать все прочие средства лечения [22].

Обучение при сахарном диабете 2 типа является многофакторным терапевтическим воздействием, которое выходит за пределы простого информирования больных об особенностях течения заболевания, формирования у них навыков по регулярному самоконтролю гликемии и постоянному приему предписанных медикаментозных средств. Без обучения практически невозможно достичь умения пациента эффективно управлять своим заболеванием. А без этого недостижима метаболическая компенсация, профилактика осложнений, а значит, – долгая и полноценная жизнь [9]. Можно сказать, что терапевтическое обучения больных с сахарным диабетом является базисным компонентом лечения сахарного диабета и профилактики его осложнений.

Направленность программы терапевтического обучения должна быть строго практической, отвечающей принципу «разумной достаточности». Не следует углубляться в детали биохимии, патогенеза СД, в медицинскую терминологию, а наоборот, формировать мотивы и новые психологические установки для изменения своего поведения в связи с заболеванием [21]. По мнению ряда авторов, обучение пациентов способам управления хроническим заболеванием не требует врачебной квалификации. Анализ немногочисленных работ, посвященных проблемам привлечения сестринского персонала для реализации целей терапевтического обучения пациентов в нашей стране, показал, что это реальный шаг к повышению качества и доступности медицинской помощи пациентам с хронической патологией [8,11,12,14,15].

Исходя из этого в последнее время все шире обсуждается интеграция специалистов сестринского дела с высшим образованием в структуру кадрового обеспечения Школ самоконтроля больных сахарным диабетом 2 типа, как средства повышения доступности и качества медицинской помощи [4,7]. Однако, современный этап развития до и последипломного образования в нашей стране не предусматривает подготовки специалистов для терапевтического обучения пациентов, нет нормативных документов, регламентирующих такую деятельность, не разработано методическое обеспечение для медицинских сестер. Имеющийся опыт проведения терапевтического обучения медицинскими сестрами носит разрозненный характер и во многом зависит от отношения руководства и инициативы персонала [12].

Знания, получение медицинскими сестрами знаний по блокам психолого-педагогических и профессиональных дисциплин делает потенциально возможным их участие в терапевтическом обучении пациентов с сахарным диабетом, обуславливая актуальность нашего исследования.

Таким образом, все вышеизложенное, позволяет сформулировать цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: выявить возможность интеграции медицинских сестер – бакалавров в процесс организации и проведения терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи:**

1. описать основные понятия, историю развития и методологические основы терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа;
2. исследовать возможные компетенции медицинских сестер – бакалавров в сфере обучения больных СД 2 типа;
3. определить готовность медицинских сестер, получающих высшее образование (бакалавриат), к организации и проведению терапевтического обучения больных СД 2 типа;
4. выявить предпочтения больных СД 2 типа в необходимых знаниях, умениях и навыках, которые они хотели бы усвоить в процессе обучения;
5. разработать сестринскую программу обучения больных СД 2 типа.

Объект исследования: процесс организации и проведения терапевтического обучения больных СД 2 типа.

Предмет исследования: интеграция медицинских сестер – бакалавров в процесс организации и проведения обучения больных СД 2 типа.

Практическая значимость: возможность использования полученных результатов в практической деятельности и подготовке бакалавров сестринского дела.

Методы исследования: анализ литературных источников, анкетирование, методы статистической обработки данных.

Место исследования: Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СТРУКТУРЕ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

1.1 ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЗА РУБЕЖОМ

В настоящее время в странах с высоким уровнем диабетологической помощи обучение больных диабетом играет роль базисного компонента в лечении больных сахарным диабетом. Система обучения построена в соответствии с определенными научно - обоснованными концепциями [2]. История терапевтического обучения берет начало еще в 20 – 30-х гг. прошлого века, когда его впервые применили в своей работе некоторые выдающиеся клиницисты – Э. Джослин в США, Р. Лоуренс в Великобритании, К. Штольте в Германии, Рома в Португалии [9], но все же потребовалось более 50 лет, чтобы терапевтическое обучение приняло характер интегрирующей части терапии СД и получила повсеместное распространение.

В 1977 году редактор *New England Journal of Medicine* Ингельфингер обратил внимание медицинской общественности на очевидное отсутствие прогресса в клинической диабетологии, несмотря на целый ряд значительных научных достижений. Тем самым была выражена неудовлетворенность врачей, больных, страховых компаний и органов здравоохранения, вызванная очевидной неспособностью существующей системы диабетологической помощи остановить рост осложнений диабета и увеличение расходов на оказание помощи пациентам. Требовался принципиально новый подход, который позволил бы эффективно осуществлять управление этим хроническим заболеванием путем вовлечения самого больного в лечебный процесс. В то же время появились первые публикации, доказывающие возможность снижения частоты острых осложнений СД с помощью обучения. В дальнейшем было показано, что обучение может также влиять на компенсацию СД и поздние осложнения этого заболевания [22].

Рассмотрев и объединив историю развития терапевтического обучения больных СД, можно выделить 4 основных этапа в лечении данного заболевания:

1 этап. 1921 год – открытие инсулина, что позволило продлить и сохранить жизнь многим больным с СД.

2 этап. 1946 год – открытие антибиотиков. Оно сделало возможным лечение инфекционных болезней, вызывающих декомпенсацию СД. Создание первых препаратов сульфаниламочевины в 50 – х годах привело к улучшению гликемического контроля при СД 2 типа, а внедрение в клиническую практику гиполипидемических и гипотензивных препаратов уменьшило распространённость и степень выраженности макрососудистых осложнений.

3 этап. 1972 год – включение терапевтического обучения в арсенал диабетологической помощи. Начало этому положило исследование Л. Миллера среди американцев мексиканского происхождения в Лос – Анджелесе. По данным, полученным в ходе исследования, число дней госпитализации после обучения снизилось с 5,4 до 1,7 (в дальнейшем эти показатели достоверно не отличались). Таким образом, впервые был продемонстрирован потенциал обучения больных с СД в достижении стойкого терапевтического эффекта. Следует отметить, что в то время уже были доступны высокоочищенные препараты инсулина, средства самоконтроля обмена веществ, однако, все это не могло быть реализовано без обучения больных. Кажущийся сегодня бесспорным, в те годы этот тезис носил «революционный» характер [1]. Центры, взявшие в дальнейшем на вооружение такой подход, снизили частоту декомпенсации 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%. Таким образом, обучение пациентов выделилось в самостоятельный раздел медицины хронических заболеваний [10].

4 этап. Законченные в 90 – х годах прошлого века широкомасштабные многоцентровые исследования по изучению влияния компенсации углеводного

обмена на развитие поздних осложнений (DCCT, 1993; UKPDS, 1998) показали, что вместе с обучением больных основным условие достижения хорошего контроля заболевания была организация длительного наблюдения. В настоящее время это новая область здравоохранения требует особого внимания и интенсивного развития [22].

Таким образом, хотя и предпосылки для внедрения терапевтического обучения появлялись уже в 20 – 30 – х годах прошлого века, понадобилось более 50 лет поиска научно – обоснованных подходов интеграции данного процесса в оказание диабетологической помощи населению. Впервые «революционные» возможности обучения были продемонстрированы в работе Л. Миллер в 1972 г., которая обеспечила необходимые эпидемиологические доказательства того, что психосоциальный и обучающий подход может оказать помощь в лечении и снизить количество острых осложнений диабета [10]. Причиной столь долгих поисков являлись ошибки в методологии, которые допускались исследователями на любом этапе обучения, от набора больных (объединение больных с разными типами СД) до выбора наглядных пособий (злоупотребление аудио-, видеоматериалами). Основной же проблемой, как правило, являлась подмена обучения простым информированием больного, без вовлечения его в этот процесс.

1.2 ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РОССИИ

Начало терапевтического обучения больных СД в России как полноценного направления научной диабетологии можно отнести к 1989 году, когда в Эндокринологическом научном центре МЗ РФ стартовало первое отечественное исследование эффективности структурированной программы лечения и обучения больных СД 1 типа, разработанной в клинике университета Г. Гейне (г. Дюссельдорф, Германия), и рекомендованной ВОЗ. По результатам 2-летнего наблюдения была доказана эффективность обучения в отношении клинико - метаболических (уровень гликированного гемоглобина, частота эпизодов

тяжелых гипогликемий и диабетического кетоацидоза) и медико-социальных (число дней временной нетрудоспособности, длительность связанного с СД стационарного лечения) параметров, а также показателей, отражающих связанное с заболеванием поведение (частота проведения самоконтроля, наличие заполняемого «дневника диабета», частота и адекватность изменения дозы инсулина, наличие у пациента при себе легкоусваиваемых углеводов и т. д.). Сотрудниками Эндокринологического научного центра в течение 2 лет была доказана также высокая экономическая эффективность данной программы. Также в рамках этого исследования тестировались две модели обучения — стационарная и амбулаторная, они показали равную эффективность, что в дальнейшем позволило обоснованно перевести обучение больных СД 2 типа преимущественно на амбулаторную, более экономичную модель [9]. Таким образом, длительный период наблюдения впервые в отечественной практике позволил оценить комплексное влияние обучения на характер развития СД, его поздних осложнений, общего течения.

Стоит отметить, что сотрудниками Эндокринологического научного центра внедрены в практику различные структурированные программы и проведена оценка их эффективности: для больных СД 1 типа; для больных СД 2 типа; для детей с СД и их родителей; для больных СД 2 типа на инсулинотерапии; для больных СД 2 типа с гипертонией; для беременных женщин с СД. В России, по данным Министерства здравоохранения, работает почти 750 школ для больных СД. Изданы пособия для больных с различными типами диабета, обучающие наборы для школ (плакаты, слайды, брошюры с содержанием программ и т.д.), монографии «Обучение больных сахарным диабетом» и «Терапевтическое обучение больных сахарным диабетом» [10].

Таким образом, история развития терапевтического обучения больных СД в России берет свое начало в 1989 году с проведенного в Эндокринологическом Научном Центре первого отечественного исследования эффективности структурированных программ обучения больных СД 1 типа. В течении двухлетнего наблюдения была доказана эффективность обучения в отношении кли-

нико - метаболических и медико-социальных параметров, а также показателей, отражающих связанное с заболеванием поведение.

1.3 ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Для обучения больных СД требуются подготовленные, квалифицированные медицинские кадры. Максимальный терапевтический эффект обучение может дать только в том случае, если оно проводится специалистами, которые сами получили подготовку, в том, числе, включающую навыки в области педагогики и психологии. Проблемы в подготовке специалистов – это такая же серьёзная проблема в обучении больных СД, как и отсутствие современных обучающих программ, не прошедших сертификацию, апробацию, медицинские испытания, оценку эффективности.

В Европе в 1979 году была создана специальная организация, посвятившая свою деятельность данной проблеме. Это исследовательская группа по проблемам обучения больных диабетом – Diabetes Education Study Group (DESG), функционирующая в рамках Европейской ассоциации по изучению диабета – European Association for the Study of Diabetes (EASD). DESG — это исследовательская и образовательная группа, одинаково открытая для врачей различных специальностей и медицинских сестер. С момента ее основания большое значение придается организации взаимодействия медицинских профессионалов в единой команде для достижения общей цели – повышения эффективности лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом. В состав Координационного комитета DESG входят по 2 представителя от каждой страны, в том числе от России. Координатором международной программы подготовки специалистов в области обучения больных диабетом от России является академик РАМН И.И. Дедов [4].

Сам факт создания группы по обучению больных в рамках научной и биомедицинской организации явился уникальным событием в медицинском мире и сделал диабет моделью, объединившей клинический, психологический

и социальный подходы к заболеванию. DESG была создана для решения следующих задач:

1. развитие различных обучающих методов и их анализ;
2. распространение обучающих программ среди медицинских специалистов;
3. разработка методов длительного наблюдения больных [22].

Сотрудничество DESG со специалистами по обучению больных в странах Восточной Европы началось с 1982 г., в основном благодаря инициативе профессора Университетской клиники Дюссельдорфа М. Бергера. Сотрудники Эндокринологического научного центра МЗ РФ прошли подготовку в области обучения, психологии и организации длительного наблюдения больных диабетом на базе сотрудничающего Центра ВОЗ при Женевском университете. В этой программе в течение последних 20 лет приняли участие несколько тысяч врачей, медсестер, диетологов, психологов и других специалистов из разных стран. Обучение проходило по единой модели в форме интерактивных семинаров продолжительностью 3-5 дней с участием 50-60 человек. Ежедневная программа включала 30-40-минутные лекции приглашенных экспертов, однако большая часть времени посвящалась групповым занятиям при малом числе участников (10-12 человек). Формы работы в этих группах включали использование мета-плана, ролевые игры и другие виды практической активности.

В России работа в этом направлении началась в 1997 году. После обучения в Швейцарии сотрудники Эндокринологического научного центра при поддержке фармацевтической компании Сервье организовали семинар для главных региональных специалистов-эндокринологов в Москве. В последующем было проведено 16 интерактивных семинаров в ряде регионов России. В них приняло участие около 1000 человек. В основном это были практические врачи, преимущественно эндокринологи, а также терапевты, хирурги, офтальмологи. В некоторых семинарах участвовали психологи, медицинские сестры и организаторы здравоохранения. Количество участников в каждом семинаре не превышало 60 человек, продолжительность семинара составляла 2 дня. Про-

грамма включала лекции, посвященные следующим вопросам: «Опыт Европейской группы по проблемам обучения больных сахарным диабетом (DESG)», «Принципы рационального питания больных сахарным диабетом 2 типа», «Стандарты специализированной медицинской помощи больным с осложнениями сахарного диабета», «Основы доказательной медицины» и т.д. [4].

Ведение больных диабетом — чрезвычайно сложный и продолжительный процесс. Он включает в себя медицинскую работу (наблюдение за клиническими и метаболическими параметрами, терапевтические мероприятия), обучение больных принципам управления заболеванием, что подразумевает модификацию их поведения, а также психологическую поддержку. И если медицинские профессионалы хорошо подготовлены к лечебной и диагностической деятельности, то второй и третий уровни работы требуют дополнительных, новых для врача знаний и умений.

Таким образом, подготовкой специалистов в сфере обучения больных СД началась в Европе с создания в 1979 году Diabetes Education Study Group (DESG), функционирующей в рамках Европейской ассоциации по изучению диабета – European Association for the Study of Diabetes (EASD). В России работа в этом направлении началась в 1997 году после обучения в Швейцарии сотрудников Эндокринологического научного центра МЗ РФ.

1.4 КОНЦЕПЦИЯ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространенных заболеваний, характеризующихся развитием тяжелых осложнений, приводящих к ранней потере трудоспособности и высокой смертности больных, в том числе молодого возраста. Поиск оптимальных терапевтических подходов, повышающих медицинскую и экономическую эффективность лечения больных, является одной из основных задач современной диабетологии. Решение этой задачи возможно путем достижения стабильной компенсации заболевания, для чего необходимо осуществление больными самоконтроля заболевания, которому их надо

обучать. За последние годы разработаны и внедрены различные структурированные программы обучения, которые являются методологическим базисом обучения [21]. В настоящее время структурированные программы обучения являются базисным компонентом лечения больных СД в большинстве стран мира и уже имеют собственную историю.

В России с 1989 г. широко применяются программы обучения, разработанные сотрудниками Эндокринологического научного центра, с использованием принципов структуризации, предложенных проф. М. Бергером (медицинская клиника Дюссельдорфского университета им. Генриха Гейне), в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Внедрены в практику различные структурированные программы и проведена оценка их эффективности: для больных СД 1 типа; для больных СД 2 типа; для детей с СД и их родителей; для больных СД 2 типа на инсулинотерапии; для больных СД 2 типа с гипертонией; для беременных женщин с СД [10].

Данные структурированные программы разделены на определенные учебные единицы, а внутри их – на учебные шаги, с четкой регламентацией объема и последовательности изложения материала, постановкой учебных целей и задач, а также весь необходимый набор наглядных материалов и проверочных заданий. Они представляют собой универсальные модели, которые можно адаптировать к условиям определенной медицинской организации.

Обучающие программы должны быть адресованы определенному контингенту больных, так обучение больных с разными типами СД недопустимо.

Направленность программы обучения должна быть строго практической, отвечающей принципу «разумной достаточности». Не следует углубляться в детали биохимии, патогенеза диабета, медицинскую терминологию, которые затрагивают лишь в той мере, в какой они непосредственно связаны с лечением. Информационная перегруженность программы снижает внимание больных и формирует негативное отношение к обучению. Поэтому очень важно точное планирование, соблюдение и при необходимости ее корректировка [2]. Про-

грамма подразумевает универсальность и ориентацию на некий «средний» уровень обучаемых.

Занятия с больными должны иметь форму беседы, то есть больной может не только задавать вопросы и получать на них ответы, но и участвовать в спорах и выражать свое мнение, ведь известно, что для формирования собственных убеждений недостаточно только услышать чьи – то слова.

1.4.1 Форма обучения

Существует многочисленный опыт применения различных форм обучения: групповое и индивидуальное (табл. 1), проводимое в условиях стационара и амбулаторно.

Таблица 1 – Преимущества и недостатки группового и индивидуального обучения (по Lacroix A., Assal J. – Ph. 2000)

Преимущества	Недостатки
Индивидуальное обучение	
Персонализация	Отсутствие сравнения с другими пациентами
Привилегированное отношение	Отсутствие групповой динамики
Возможность определить специфические нужды пациента	Риск недостаточной структуризации инструкций
Учет индивидуального ритма пациента	Большие временные затраты
Лучший контакт	Риск слишком сильного влияния на пациента
Более высокий уровень знаний	Риск несовместимости с «трудным пациентом»
Возможность подробного обсуждения	Усталость из – за повторения
Групповое обучение	
Обмен опытом между пациентами	Риск авторитарного инструктирования
Соревнование, взаимодействие	Трудности привлечения пациентов к активному участию
Приподнятое настроение	Гетерогенность группы
Сопоставление мнений	Затруднения пациентов в самовыражении
Экономия времени	Фиксированное время занятий
Стимулирование учебного процесса	Трудности в предоставлении каждому равного внимания
Обучение, основанное на использовании «проблемных ситуаций»	Трудности в управлении группой

Следует отметить, что важнейшим преимуществом группового обучения является благоприятная эмоциональная атмосфера, которая помогает больным воспринимать болезнь в более мягком свете, уменьшает чувство одиночества и

тревоги. Больные в группе имеют возможность обмениваться опытом, получить поддержку не только от обучающего, но и от соседа по столу [22].

Наиболее эффективна форма обучения в группах из 7-10 человек. Индивидуальное обучение проводят чаще для детей, а также при первичном обучении взрослых с впервые выявленным диабетом и беременных.

Критериями исключения больных из группы обучения являются:

1. существенное снижение остроты зрения, что делает невозможным проведение самоконтроля;
2. терминальная стадия хронической почечной недостаточности;
3. обострение сопутствующих заболеваний [2].

Индивидуальное обучение показано с выраженными осложнениями СД и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Обучение должно проводиться с учетом перечисленных трудностей, желательно совместно с родственниками.

Кроме тяжелобольных, с выраженными осложнениями, индивидуальная форма обучения предпочтительна для детей, а также при первично выявленном СД у взрослых [22].

1.4.2 Наглядные методические материалы и литература для больных

Больные СД как в процессе обучения, так и пройдя его, нуждаются в печатной продукции (памятках, брошюрах, справочниках), к которой они могли бы обратиться в случаи сомнений, а иногда с целью принятия какого – либо решения в отношении лечения СД. Несмотря на обилие литературы для больных диабетом, далеко не все источники удовлетворяют предъявляемым требованиям.

В литературе для больных, так же, как и в непосредственном общении с ними, нежелателен императивный стиль изложения («Вы должны...», «Сделайте именно так...»); следует отдать предпочтение более индифферентному стилю. В тексте желательны повторения основных, наиболее значимых положений; полезно также составление вопросов по каждому разделу, чтобы пациенты имели возможность проверить себя.

Доступность текста – важнейшая характеристика литературы для больных, поэтому важно, какие термины используются, какие конкретные примеры приводятся.

Иллюстрации играют важную роль, они должны помогать в понимании и запоминании отдельных положений. Поэтому специалисты рекомендуют предварительно демонстрировать иллюстрации пациентам, чтобы узнать их мнение и внести коррективы.

В настоящее время необходимо осваивать новые методы, позволяющие больным людям лучше усваивать знания, активно и стабильно применять их на практике. Изобретены интерактивные карты «Поговорим о диабете», разработанные компанией Healthy Interactions Inc. в сотрудничестве с Международной диабетической федерацией (IDF). Этот метод представлен в 2005 г., а в 2008 г. проведена его адаптация сотрудниками российского Эндокринологического научного центра и начата оценка эффективности. При разработке интерактивных карт учтены принципы педагогики и психологии. Они допускают большую степень свободы, чем стандартная структурированная программа. Метод направлен на изменение образа жизни пациентов, принятие ответственности и постановку конкретных целей как средства достижения лучших результатов. Интерактивные карты – это наглядные пособия размером 1,0х1,5 м, которые представляют собой «интеллектуальную модель» для рассмотрения следующих тем: «Жизнь с сахарным диабетом», «Как развивается сахарный диабет», «Здоровое питание и поддержание физической активности», «Начало лечения инсулином» и т.д. Авторы проекта указывают на высокую эффективность данных материалов [1].

Таким образом, терапевтическим подходом, повышающим медицинскую и экономическую эффективность лечения больных, является осуществление больными самоконтроля заболевания, которому их надо обучать. За последние годы разработаны и внедрены различные структурированные программы обучения, которые являются методологическим базисом обучения. В России с 1989 г. широко применяются программы обучения, разработанные сотрудниками

Эндокринологического научного центра. Существует многочисленный опыт применения различных форм обучения: групповое и индивидуальное, проводимое в условиях стационара и амбулаторно. Наиболее эффективна форма обучения в группах из 7-10 человек. В процессе обучения необходимо использовать наглядные материалы и специализированную литературу для больных.

1.5 ВОЗМОЖНОСТЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ – БАКАЛАВРА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Терапевтическое обучение пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, реализуется на базе Школ самоконтроля больных сахарным диабетом. Она создается в составе лечебно – профилактической организации (стационар, поликлиника или центр здоровья) на функциональной основе. Школа в своей деятельности руководствуется приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации [16,17], уставом и локальными актами организации, в которой она создана.

Школы самоконтроля больных сахарным диабетом 2 типа являются очень эффективным инструментом передачи пациентам необходимых знаний о диабете и совершенствования этих знаний, в процессе развития медицинской науки.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 899н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» обучение больных сахарным диабетом может осуществлять врач – эндокринолог (диабетолог) или медицинская сестра, прошедшая соответствующее обучение.

Сегодня роль медсестры – педагога не выделяется так ярко на практике как этого требует реформа здравоохранения. За работу Школ самоконтроля больных СД отвечают врачи, занятия проводят врачи, незначительно привлекая медицинских сестер для выполнения нескольких манипуляций.

Врачи – эндокринологи (диабетологи) не в состоянии профессионально вести обучение пациентов в одиночку. Они не имеют соответствующей психолого-педагогической подготовки и потому не могут провести исследование личности больного, изучить его мотивацию, психосоциальное состояние его семьи, определить решающую роль отдельных факторов и условий для эффективности их обучения, лечения [21]. Следовательно, поиск резервов для более совершенной организации системы обучения больных сахарным диабетом является актуальным и имеет большое практическое значение.

В последнее время все шире обсуждается интеграция специалистов сестринского дела с высшим образованием в структуру кадрового обеспечения Школ самоконтроля больных сахарным диабетом 2 типа, как средства повышения доступности и качества медицинской помощи. В своих работах Н.Н. Косарева, 2008, анализирует сестринское дело как комплексную медико-санитарную дисциплину, имеющую медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения, а также как важнейшую составляющую системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами. Как показывает зарубежная практика, рациональное использование сестринских кадров ведет не только к значительному повышению доступности и качества медицинской помощи, но и к ее экономичности, более эффективному использованию финансовых и человеческих ресурсов в отрасли. Со слов выдающейся исследовательницы и пропагандистки сестринского дела в Европе, Дороти Холл, «многих проблем, стоящих сегодня перед национальными службами здравоохранения, можно было избежать, если бы сестринское дело развивалось такими же темпами, что и медицинская наука».

В настоящее время назрела необходимость переоценки всей системы сестринского обслуживания. За последние десятилетия в здравоохранении многих европейских стран роль медицинской сестры значительно возросла. В США медицинская сестра рассматривается как полноценный помощник врача, осуществляющий симптоматический контроль и ведение процесса лечения на должном уровне, т.е. медицинская сестра может самостоятельно выявить симп-

том и предложить врачу способ его лечения. В условиях увеличения объема работы врача - эндокринолога, медицинская сестра не может оставаться просто помощницей, исполнительницей его назначений. Она должна взять на себя определенный объем самостоятельной работы и выполнять ее профессионально и с полной ответственностью. Учитывая современный уровень профессиональной подготовки сестринских кадров, а именно возможность получения высшего сестринского образования, необходимо активное привлечение медицинских сестер к организации различных форм внебольничной помощи: дневных стационарах, стационарах на дому, центрах амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, консультативно-диагностических службах и центрах здоровья.

Нужно отметить, что больные с помощью квалифицированных медсестёр становятся более открытыми, растёт их мотивация и вера в терапию, они начинают внимательнее относиться к рекомендациям, данным врачом и самой медицинской сестрой. Для обучения больных сахарным диабетом в ряде ситуаций на первый план выходит именно медсестра, а не врач, поскольку она гораздо ближе к пациенту: входит в его дом, общается с пациентом и членами его семьи, ей пациент не стесняется задавать вопросы, касающиеся питания, самоконтроля или осложнений сахарного диабета. Конечно, это оправдывается тогда, когда медицинская сестра обладает достаточно высокой квалификацией. Поэтому учебный цикл для медицинских сестер - бакалавров как раз и должен подготавливать к тому, чтобы стать одновременно наставником пациента и его помощником. Специалист по обучению, наряду с высокой профессиональной подготовкой, должен обладать знаниями в области медицинской психологии, педагогики, возрастной психологии, представлять цель и задачи терапевтического обучения конкретного пациента, оценивать его потребности и мотивацию [5,6].

Соответствующую подготовку в области обучения пациентов осуществляют факультеты высшего сестринского образования, так как одним из видов профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие

программу бакалавриата, является педагогическая деятельность. Данная деятельность включает в себя следующие профессиональные компетенции:

1. способность овладевать необходимым комплексом общепедагогических, психолого – педагогических знаний, представлений в области клинической сестринской практики (ПК-18);
2. способность и готовность к изучению принципов, методов и форм проведения занятий, методологии анализа проблемных ситуаций в сфере клинической сестринской деятельности и способов их разрешения (ПК-19);
3. способность планировать учебный процесс, вести методическую работу, разрабатывать методические материалы (ПК-20) [18].

Именно поэтому, полученные медицинскими сестрами – бакалаврами знания и навыки в области педагогики и психологии делают потенциально возможным их участие в терапевтическом обучении больных сахарным диабетом. Профессиональная подготовка медицинских сестер с высшим образованием позволяет им организовать педагогический процесс обучения больных сахарным диабетом, с учетом особенностей их мотивации, эмоционального состояния, познавательных процессов, внутрисемейных отношений и характера течения заболевания [21]. Такой специалист сестринского дела с высшим образованием, получив последипломную специализацию по диабетологии, может профессионально вести обучение больных самоконтролю заболевания.

Несмотря на все вышесказанное потенциал медицинских сестер с высшим образованием в области терапевтического обучения пациентов, страдающих сахарным диабетом, недостаточно интегрирован в систему здравоохранения России, не смотря на имеющиеся положительные стороны. Это объясняется несовершенством нормативно – правовой базы, регламентирующей полномочия и компетенции врачей и медицинских сестер – бакалавров в процессе обучения больных, а также отсутствием методического обеспечения и программ обучения, ориентированных на медицинских сестер.

Таким образом, медсестра – педагог на сегодняшний день занимает незначительное место в процессе обучения больных СД, что противоречит ре-

форме здравоохранения в РФ. В последнее время все шире обсуждается интеграция специалистов сестринского дела с высшим образованием в структуру кадрового обеспечения Школ самоконтроля больных сахарным диабетом 2 типа, как средства повышения доступности и качества медицинской помощи. Это объясняется тем, что одним из видов профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу бакалавриата, является педагогическая деятельность.

1.6 ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ

Таким образом, терапевтическое обучение больных сегодня – это важнейший и обязательный элемент профилактики, безопасного и эффективного лечения многих хронических заболеваний, в том числе СД, который должен быть интегрирован в алгоритмы многофакторного управления этими состояниями с целью улучшения клинико-метаболических показателей и психолого-эмоционального состояния больных, а также повышения качества их жизни и экономической выгоды проводимой терапии.

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие **выводы**:

1. терапевтическое обучение пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, является неотъемлемой частью лечения и профилактики осложнений СД;
2. впервые «революционные» возможности обучения были продемонстрированы в работе Л. Миллер в 1972 г., которая обеспечила необходимые эпидемиологические доказательства того, что психосоциальный и обучающий подход может оказать помощь в лечении и снизить количество острых осложнений диабета;
3. началом истории терапевтического обучения больных СД в России можно считать проведенное в Эндокринологическом научном центре исследование эффективности обучающих программ;
4. подготовку кадров в Европе осуществляет Diabetes Education Study Group (DESG), в России – Эндокринологический научный центр;

5. структурированные программы обучения являются методологическим базисом обучения больных СД;
6. одним из видов профессиональной деятельности медицинской сестры–бакалавра можно рассматривать терапевтическое обучение больных СД 2 типа;
7. существует необходимость разработки нормативно–правовой базы, регламентирующей профессиональную деятельность медицинской сестры–бакалавра, как участника терапевтического обучения больных СД 2 типа;
8. существует необходимость создания научно – обоснованных программ обучения пациентов с СД, ориентированных на медицинских сестер – педагогов.

ГЛАВА 2 ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР – БАКАЛАВРОВ В ПРОЦЕСС ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

2.1 ИССЛЕДОВАНИЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА В НЕОБХОДИМЫХ ЗНАНИЯХ, УМЕНИЯХ И НАВЫКАХ, КОТОРЫЕ ОНИ ХОТЕЛИ БЫ УСВОИТЬ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ИХ МНЕНИЯ О ВОЗМОЖНОСТИ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР – БАКАЛАВРОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ

Для выявления существующих потребностей познания о своем заболевании среди больных сахарным диабетом 2 типа и их мнения о возможности участия медицинских сестер – бакалавров в терапевтическом обучении было проведено анкетирование с дальнейшей обработкой полученных данных. Темы занятий, предложенные нами для субъективной оценки пациентами, разработаны на основе структурированных программ обучения для больных СД 2 типа Эндокринологического научного центра МЗ РФ и Приказа МЗ РФ от 06 мая 1997 года № 135 «Об унифицированных программах и наглядных пособиях для школ по обучению больных сахарным диабетом».

Место проведения исследования: ГБУЗ «Московский клинический научный центр» Департамента здравоохранения города Москвы. В исследовании принимали участие пациенты эндокринологического отделения данной организации.

Выборка: опросом было охвачено 85 больных СД 2 типа, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «МКНЦ» ДЗМ. Выборка репрезентирует больных СД 2 типа по:

1. возрасту (средний возраст составляет $57,34 \pm 6,4$);
2. образованию:
 - среднее образование у 4 пациентов (4,7%);

- среднее специальное у 13 человек (15,29%);
 - неоконченное высшее у 11 больных (12,94%);
 - высшее образование у 57 человек (67,05%);
3. полу (56 респондентов (75,3%) являются женщинами и 21 респондент – мужчины (24,7%));
 4. стажу заболевания в годах ($7,54 \pm 4,44$).

Процедура и метод исследования: опрос проводился методом личного интервью по заранее составленной анкете из 70 вопросов (приложение А). Средняя продолжительность интервью 15 минут.

Технология опроса: анкета состоит из закрытых и открытых вопросов. При ответе на закрытый вопрос респондент должен выбрать наиболее подходящий для него вариант ответа (1 - однозначно нет; 2 - скорее нет, чем да; 3 - затрудняюсь ответить; 4 - скорее да, чем нет; 5 - однозначно да) из числа предложенных. В ряде случаев интервьюер показывает респонденту карточку с перечнем вариантов ответа. При ответе на открытый вопрос респонденту предлагается сформулировать самому один вариант ответа. Интервьюер просто читает формулировку вопроса и не приводит никаких вариантов ответа.

Контроль: после полевых работ проведен 100% - ный визуальный контроль полученного массива на правильность и полноту заполнения анкет.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью компьютерной программы MS Excel (вычисление среднего значения, моды, стандартного отклонения и коэффициента вариации), с набором полученных результатов анкетирования вручную, в заранее подготовленную матрицу анализа данных.

Результаты проведенного исследования (табл. 2) позволили получить общую картину существующих потребностей больных СД 2 типа в знаниях, умениях и навыках, необходимых для осуществления самоконтроля над своим заболеванием, что позволило нам включить, предложенные нами темы занятий в сестринскую программу терапевтического обучения, также рассмотреть вопрос

о возможности участия медицинской сестры - бакалавра в данном виде медицинских услуг.

Таблица 2 - Результаты исследования

№ вопроса	Среднее значение	Мода	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации
Блок 1 – Школа самоконтроля для больных сахарным диабетом				
1	4,94	5	0,23	4,79%
2	5	5	0	0,00%
3	5	5	0	0,00%
4	4,92	5	0,25	5,23%
5	4,87	5	0,40	8,25%
6	4,76	5	0,61	12,81%
7	4,74	5	0,65	13,87%
8	3,89	4	0,93	24,11%
9	2,78	3	1,05	37,98%
Блок 2 – Понятие о сахарном диабете				
10	4,07	5	0,98	24,21%
11	3,97	4	0,91	22,95%
12	4,65	5	0,47	10,24%
13	4,27	5	0,79	18,56%
14	4,43	5	0,80	18,23%
15	4,21	4	0,77	18,35%
16	4,67	5	0,56	12,09%
Блок 3 – Самоконтроль сахарного диабета				
17	4,43	5	0,71	16,11%
18	4,56	5	0,6	13,29%
19	4,35	5	0,76	17,62%
20	4,29	5	0,84	19,62%
21	4,91	5	0,27	5,62%
22	4,58	5	0,60	13,15%
23	4,62	5	0,55	12,02%
24	4,65	5	0,50	10,76%
25	4,45	5	0,71	16,07%
Блок 4 – Пищевое поведение				
26	4,62	5	0,57	12,48%
27	4,25	5	0,77	18,17%
28	4,45	5	0,69	15,69%
29	4,44	5	0,66	14,93%
30	4,43	5	0,77	17,55%
31	4,72	5	0,52	11,01%
32	4,32	5	0,71	16,48%
33	4,71	5	0,56	12,07%
34	4,88	5	0,32	6,64%
35	4,58	5	0,72	15,88%
36	4,81	5	0,39	8,17%
Блок 5 – Психосоциальная сторона жизни с сахарным диабетом				
37	4,03	5	0,96	24,02%
38	4,01	5	0,98	24,48%

39	4,17	5	0,87	20,96%
40	4,25	5	0,86	20,22%
41	4,35	5	0,76	17,62%
42	4,4	5	0,83	18,95%
43	4,05	5	0,95	23,54%
Блок 6 – Осложнения сахарного диабета				
44	4,8	5	0,5	10,56%
45	4,58	5	0,64	13,99%
46	4,82	5	0,41	8,57%
Блок 7 – Гипогликемия и диабетическая кома				
47	4,89	5	0,3	6,32%
48	4,52	5	0,71	15,83%
Блок 8 – Инсулинотерапия				
49	4,11	5	0,89	21,66%
50	3,10	3	1,28	41,28%
51	3,54	3	0,92	25,98%
52	4,63	5	0,65	14,06%
53	4,38	5	0,84	19,29%
54	4,68	5	0,53	11,52%
55	4,67	5	0,62	13,37%
56	4,34	5	0,85	19,65%
57	4,95	5	0,21	4,30%
58	4,95	5	0,21	4,30%
59	4,92	5	0,25	5,23%
60	5	5	0	0,00%
Блок 9 – Процесс обучения				
61	3,58	4	0,91	25,55%
62	4,41	5	0,76	17,24%
63	4,38	5	0,69	15,76%
64	4,54	5	0,68	15,02%
65	4,47	5	0,74	16,76%
66	3,9	4	0,86	22,22%
67	4,45	5	0,73	16,43%
68				
68.1	3,91	5	0,97	24,98%
68.2	4	5	0,85	21,48%
69	2,62	3	1,02	39,00%
70	4,54	5	0,68	15,02%

Первый блок вопросов анкеты касался общих вопросов организации и работы Школ самоконтроля больных СД. При анализе ответов на первый и второй вопросы данного блока «Знаете ли Вы о существовании Школ самоконтроля для больных сахарным диабетом (далее Школа)?», «Есть ли Вам известные учреждения (больницы, поликлиники, центры здоровья), в которых ор-

ганизована такая Школа?» были получены средние значения $4,94 \pm 0,23$ и $5,0$ соответственно, что показывает большую осведомлённость пациентов, страдающих СД, о существовании такой ветви эндокринологической службы и местах ее работы.

На вопрос о необходимости создания Школ самоконтроля больных СД 100% респондентов однозначно ответили, что такая необходимость существует, что говорит об ответственности пациентов перед своим здоровьем.

Подавляющее большинство больных ($4,92 \pm 0,25$), страдающих СД 2 типа, считают, что пройденный курс обучения в Школе самоконтроля поможет им узнать всю необходимую информацию об их патологии, а также позволит более качественно осуществлять самоконтроль ($4,87 \pm 0,4$).

Ответы на вопросы «Полученные знания помогут Вам отсрочить осложнения сахарного диабета?» и «Помогут ли вам занятия придерживаться диеты, рекомендуемой Вам?» показали, что пациенты нуждаются в обучении для поддержания стойкой компенсации путем соблюдения диеты, позволяющей отсрочить осложнения СД ($4,76 \pm 0,61$ и $4,74 \pm 0,65$ соответственно).

На вопрос «Как Вы считаете, только врач может осуществлять обучение пациентов в Школе?» был получен средний показатель $3,89 \pm 0,93$. Для большей наглядности были вычислены экстенсивные показатели и получены следующие данные: вариант ответа «однозначно нет» никто из опрошенных не выбрал; «скорее нет, чем да» ответило 6 (7,05%) респондентов; «затрудняюсь ответить» - 24 опрошенных (28,25%); «скорее да, чем нет» выбрали 28 человек (32,94%); «однозначно да» ответило 27 (31,76%) опрошенных нами больных СД 2 типа.

Данные показатели говорят о том, что пациенты хотят видеть в роле педагога Школы самоконтроля больных СД именно врача, хотя и почти треть опрошенных не смогли дать точный ответ на этот вопрос (рис. 1).



Рис. 1 – «Как Вы считаете, только врач может осуществлять обучение пациентов в Школе?»

При анализе ответов на вопрос о возможности участия медицинской сестры – бакалавра в процессе терапевтического обучения больных СД был получен следующий средний показатель – $2,78 \pm 1,05$. Экстенсивные показатели представлены следующим образом (рис. 2):

1. «однозначно нет» ответило 11 (15,29%) больных СД 2 типа;
2. «скорее нет, чем да» - 16 (18,82%) опрошенных;
3. «затрудняюсь ответить» ответили 35 (41,17%) человек;
4. «скорее да, чем нет» выбрало 18 (21,17%) опрошенных;
5. «однозначно да» ответило 3 (3,52%) респондента.

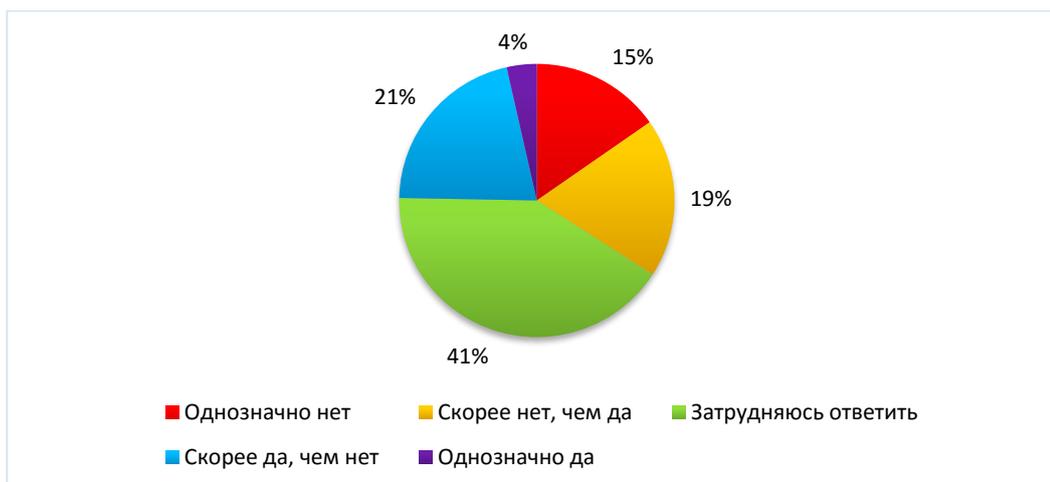


Рис. 2 – «Медицинская сестра с высшим образованием (бакалавриат), на Ваш взгляд, может осуществлять обучение пациентов с сахарным диабетом?»

Таким образом, большинство опрошенных не оказывают доверия медицинской сестре – бакалавру, как полноправному участнику процесса терапевтического обучения больных СД 2 типа, что может говорить о низком престиже специальности и общей неосведомленности респондентов о подготовке таких кадров в нашей стране.

Следующий блок включал общие вопросы по СД (анатомия и физиология поджелудочной железы, понятие СД, причины и механизмы развития, показатели уровня глюкозы крови).

Анализ вопросов, касающихся анатомии и физиологии поджелудочной железы показал следующие средние показатели: $4,07 \pm 0,98$ ($M_o=5$) и $3,97 \pm 0,91$ ($M_o=4$) соответственно, которые говорят о имеющейся потребности больных в изучении данных тем.

При ответе на вопрос «Необходимо ли объяснять, что такое сахарный диабет?» большинство опрошенных (среднее значение $4,65 \pm 0,47$) выразили необходимость изучения данного вопроса; средний показатель $4,43 \pm 0,8$ показывает необходимость включения в программу обучения методов диагностики СД.

Подавляющее большинство респондентов высказались за включение в программу обучения объяснение таких тем как «Нормальные показатели глюкозы крови» - $4,21 \pm 0,77$; «Признаки повышенного уровня глюкозы крови» - $4,67 \pm 0,56$.

Третий блок вопросов включал в себя понятие самоконтроля СД и правила его осуществления.

На вопрос «Согласны ли Вы, что самоконтроль — это основа лечения сахарного диабета?» более половины опрошенных 48 (56,75%) согласились с данным положением; 26 человек (30,58%) ответили «скорее да, чем нет» и 11 человек (3,52%) затруднились ответить (рис. 3), что говорит о понимании больными необходимости самоконтроля для достижения стойкой компенсации СД, приводящей к улучшению качества жизни.

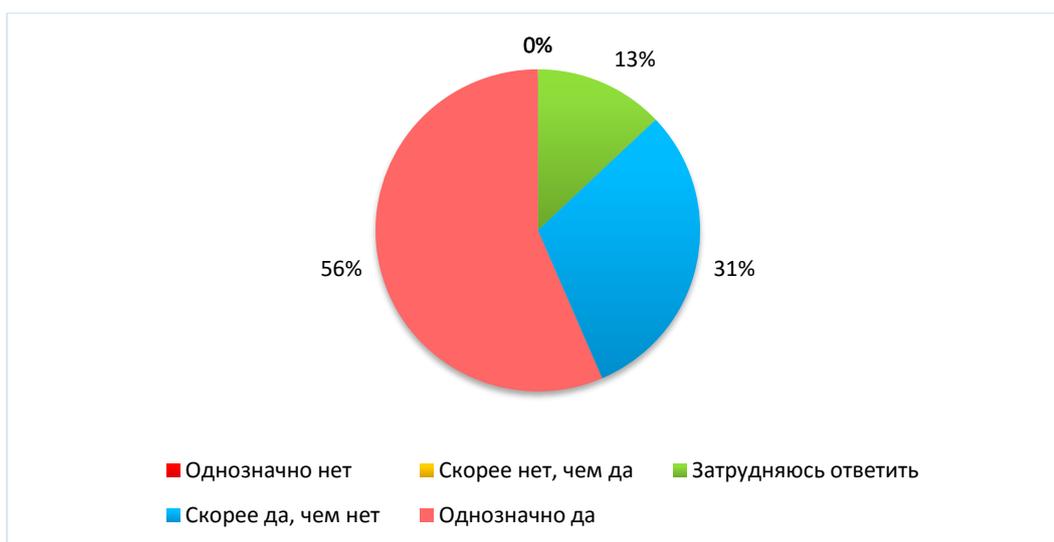


Рис. 3 - «Согласны ли Вы, что самоконтроль — это основа лечения сахарного диабета?»

Подавляющее число респондентов (среднее значение $4,56 \pm 0,6$) согласны с тем, что в процессе обучения необходимо объяснять правила самоконтроля СД, что говорит о готовности больных учиться этим правилам и осуществлять самоконтроль.

Почти все опрошенные выразили необходимость объяснения им в процессе обучения в Школе самоконтроля больных СД методику определения кетоновых тел ($4,29 \pm 0,84$) и глюкозы ($4,35 \pm 0,76$) в моче с помощью тест полосок.

Обучение определению глюкозы крови с помощью глюкометра почти все опрошенные ($4,91 \pm 0,27$) считают неотъемлемой частью освоения самоконтроля СД, так же им очень интересно будет узнать о механизме работы и правилах ухода за глюкометром ($4,58 \pm 0,6$).

На вопрос о необходимости объяснения правил заполнения «Дневника самоконтроля» большинство больных, страдающих СД 2 типа ответили «однозначно да» (средний показатель составляет $4,65 \pm 0,5$), что показывает нам готовность пациентов наглядно изображать и анализировать данные самоконтроля для корректировки назначенной терапии заболевания.

Анализ вопроса, касающегося понятия гликированного гемоглобина показал, что почти все пациенты ($4,45 \pm 0,7$) хотят знать о его диагностической значимости и вариантах нормы.

Четвертый блок вопросов был посвящён пищевому поведению при СД, разрешенным и запрещенным продуктам, режиму питания при данном заболевании, подсчету хлебных единиц, методам и правилам снижения веса. При анализе вопросов данного блока были получены следующие средние показатели:

1. «На Ваш взгляд, стоит ли обучать пациентов правилам пищевого поведения при сахарном диабете?» - $4,62 \pm 0,57$;
2. «Необходимо ли рассмотрение составляющих пищи (белки, жиры, углеводы)?» - $4,25 \pm 0,77$;
3. «Стоит ли делать акцент на углеводной пище?» - $4,45 \pm 0,69$;
4. «Необходимо ли объяснение понятий «простые/сложные/легкоусвояемые» углеводы?» - $4,44 \pm 0,66$;
5. «Нужна ли информация о потреблении алкоголя?» - $4,43 \pm 0,77$;
6. «Согласны ли Вы что, необходимо уделить особое внимание продуктам, потребление которых разрешено в неограниченных количествах, ограничено и запрещено?» - $4,72 \pm 0,52$;
7. «Стоит ли уделить время объяснению понятия «хлебные единицы» и методике их подсчета?» - $4,32 \pm 0,71$;
8. «Как Вы считаете, обучение режиму питания при сахарном диабете необходимо?» - $4,71 \pm 0,56$;
9. «Применение сахарозаменителей необходимо?» - $4,88 \pm 0,32$;
10. «Необходимо ли Вам знать об Индексе массы тела и методике его подсчета?» - $4,58 \pm 0,72$;
11. «Как Вы считаете, необходима ли информация о правилах снижения веса?» - $4,81 \pm 0,39$.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что пациенты при прохождении обучающего курса в Школе самоконтроля для больных СД, хотят получить знания о пищевом поведении при данном заболевании и использовать их при осуществлении самоконтроля и лечения СД.

Следующий блок включал в себя вопросы, касающиеся психосоциальной стороны СД. Пациентам было предложено ответить о необходимости включения в программу обучения таких тем как:

1. психологические особенности людей, страдающих СД;
2. психологические проблемы людей с СД;
3. мотивирование изменению образа жизни;
4. семейные отношения и общение с друзьями;
5. определение последствий нерационального поведения;
6. профессиональная деятельность и СД;
7. физические нагрузки.

При анализе массива ответов на вопросы этого блока были получены следующие средние показатели, представленные на рис. 4.

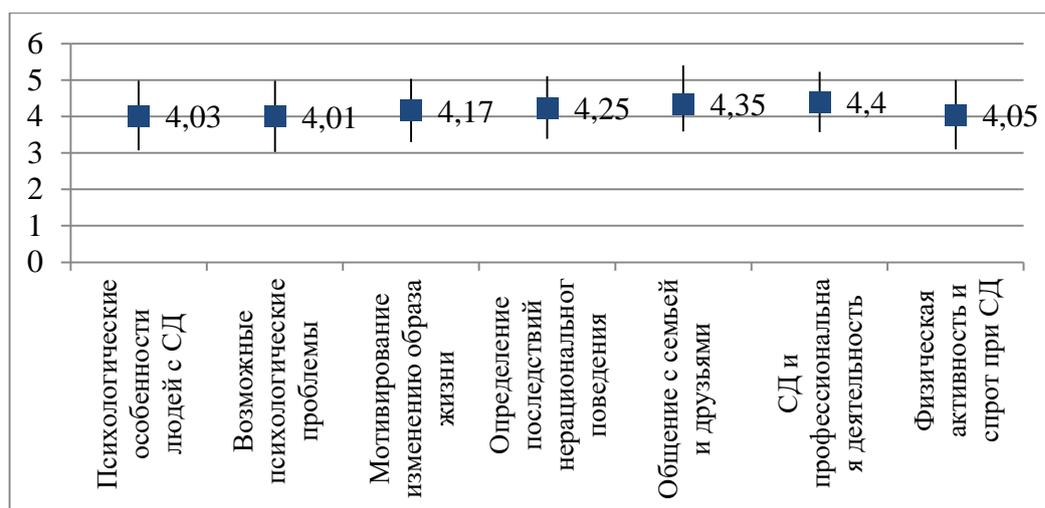


Рис. 4 - Средние показатели значимости аспектов психосоциальной стороны жизни с СД 2 типа

Исходя из полученных данных, можно сказать, что все предложенные нами темы являются важными для больных, страдающих СД 2 типа, особенно, осуществление профессиональной деятельности при СД ($4,4 \pm 0,83$) и общение с семьей и друзьями ($4,35 \pm 0,76$). В меньшей мере респонденты заинтересованы в разъяснении психологических особенностей людей, страдающих СД 2 типа ($4,03 \pm 0,96$) и возможных психологических проблемах, связанных с их заболе-

ванием ($4,01 \pm 0,98$), что говорит о невысокой готовности опрошенных узнать свои особенности психики и поведения.

Шестой блок анкеты затрагивал вопросы, касающихся осложнений СД. При анализе ответов на вопрос «Как Вы думаете, стоит ли рассказывать об осложнениях сахарного диабета?» был получен средний показатель равный $4,8 \pm 0,5$, что позволяет нам говорить о важности для пациентов объяснения данной темы в процессе обучения. Так же пациенты находят важной информацию об органах, поражение которых происходит при СД ($4,58 \pm 0,64$) и принципах профилактики и лечения осложнений данного заболевания ($4,82 \pm 0,41$).

Подавляющее большинство респондентов высказалось за включение в программу обучения больных СД 2 типа информации о гипогликемии (причины, симптомы, профилактика и лечение) – $4,89 \pm 0,3$; и диабетической коме (причины, признаки, принципы лечения) – $4,82 \pm 0,41$, что говорит о необходимости включения данных тем в программу обучения.

Восьмой блок анкеты затрагивал вопросы инсулинотерапии при СД 2: режимов инсулинотерапии, правил хранения инсулина, принципов увеличения или уменьшения дозы инсулина, техники инъекций и развития возможных осложнений инсулинотерапии.

При статистической обработке данных были получены следующие средние показатели, представленные в табл. 3.

Табл. 3 – Результаты обработки данных восьмого блока вопросов анкеты

№ вопроса	Среднее значение	Мода	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации
49	4,11	5	0,89	21,66%
50	3,1	3	1,28	41,28%
51	3,54	3	0,92	25,98%
52	4,63	5	0,65	14,06%
53	4,38	5	0,84	19,29%
54	4,68	5	0,53	11,52%
55	4,67	5	0,62	13,37%
56	4,34	5	0,85	19,65%
57	4,95	5	0,21	4,30%
58	4,95	5	0,21	4,30%
59	4,92	5	0,25	5,23%
60	5	5	0	0,00%

Наиболее интересными и востребованными темами на взгляд респондентов являются: возможные осложнения инсулинотерапии (5,0), информация об использовании альтернативных технических приспособлений для инсулинотерапии (шприц – ручка, инсулиновая помпа) – $4,95 \pm 0,21$; обучение технике введения инсулина шприцем – $4,95 \pm 0,21$ и информация о местах введения инсулина – $4,92 \pm 0,25$, что позволяет нам судить о большей практической направленности данного раздела программы обучения. Наименьший интерес у опрошенных вызвали вопросы, касающиеся истории открытия инсулина ($3,1 \pm 1,28$) и существующих видах инсулина ($3,54 \pm 0,92$), что позволяет нам сделать вывод о не-высокой потребности больных, страдающих СД 2 типа, к познанию данных тем раздела «Инсулинотерапия».

Девятый блок вопросов был посвящен организации процесса терапевтического обучения в Школе самоконтроля для больных СД, возможным срокам освоения программы, использованию наглядного методического пособия, форме обучения (групповая, индивидуальная).

На вопрос о возможности освоения программы обучения в течении 7 дней был получен следующий средний показатель – $3,58 \pm 0,91$. Для большей наглядности нами были рассчитаны экстенсивные показатели для данного вопроса (рис. 5):

1. «однозначно нет» ответил 1 человек (1,17%);
2. «скорее нет, чем да» ответили 9 респондентов (10,58%);
3. «затрудняюсь ответить» ответили 27 человек (31,76%);
4. «скорее да, чем нет» сказали 35 опрошенных (41,17%);
5. «однозначно да» ответили 13 пациентов (15,29%) из общего числа опрошенных.



Рис. 5 - Распределение ответов на вопрос о возможности освоения программы обучения в течении 7 дней

Данные показатели позволяют нам сделать вывод, что семидневный курс обучения в Школе самоконтроля больных СД является приемлемым.

На вопрос «Как Вы думаете, одно занятие продолжительностью в два академических часа будет оптимальным для нормального освоения материала?» большинство респондентов ($4,41 \pm 0,76$) ответили положительно; на вопрос о необходимости тридцатиминутного перерыва в процессе занятия было получено среднее значение равное $4,38 \pm 0,69$, что позволяет нам судить о возможности проведения двухчасового занятия, только при условии тридцатиминутного перерыва для слушателей.

Особое внимание было уделено наглядным методическим материалам (плакаты, брошюры) и использованию компьютерных технологий в процессе обучения. Почти все больные, страдающие СД 2 типа, высказались за использование плакатов и брошюр ($4,54 \pm 0,68$), компьютерных технологий ($4,47 \pm 0,74$).

На вопрос о возможности использования тестового контроля, как метода проверки усвоенных знаний было получено среднее значение равное $3,9 \pm 0,86$. Для более наглядного и удобного анализа данных нами были вычислены экстенсивные показатели для данного вопроса (рис. 6).



Рис. 6 - «Как Вы думаете, для контроля освоения материала необходимо применять тесты?»

Наибольшее количество респондентов (52%) ответили «скорее да, чем нет», что позволяет нам говорить о возможности использования тестового контроля, как метода проверки освоения материала.

Решение ситуационных задач и последующее их разыгрывание пациентами находят хорошим методом закрепления пройденного материала большинство опрошенных нами больных ($4,45 \pm 0,73$), что говорит о необходимости включения данного вида закрепления знаний в программу.

При ответе на вопрос о наиболее эффективном виде обучения были получены приблизительно одинаковые средние значения: групповое обучение – $3,91 \pm 0,97$; индивидуальное обучение – $4,0 \pm 0,85$. Для корректного анализа и интерпретации полученных результатов нами было решено рассчитать экстенсивные показатели данного массива данных.

Анализ экстенсивных показателей, представленный на рис. 7, выявил равенство предпочтений пациентов между групповым и индивидуальным обучением. Наиболее эффективна форма обучения в группах из 7-10 человек. Индивидуальное обучение проводят чаще для детей, а также при первичном обучении взрослых с впервые выявленным диабетом и беременным.

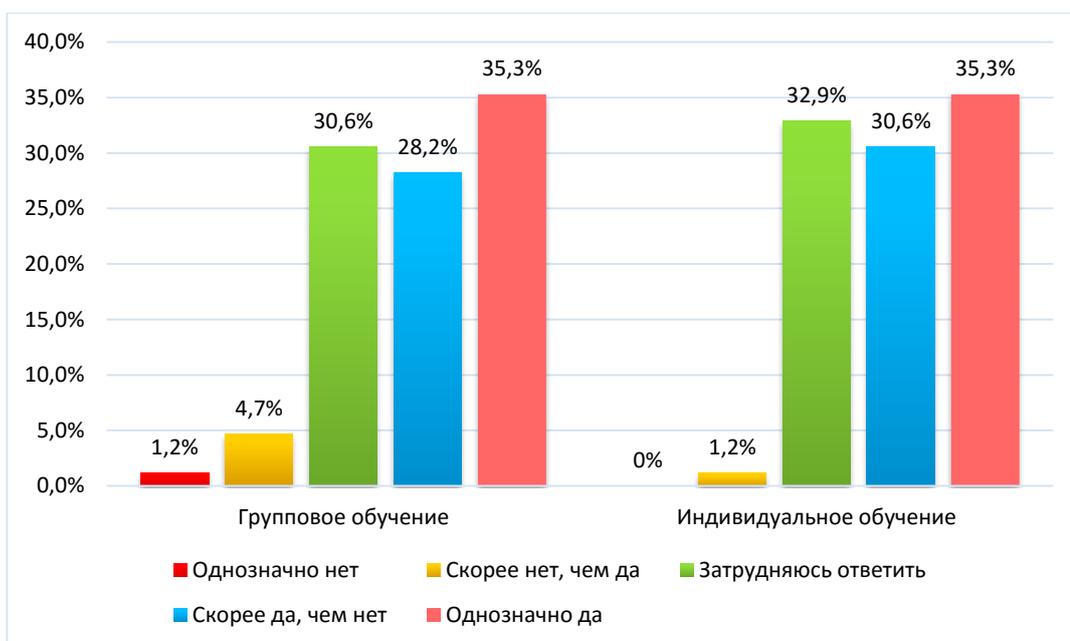


Рис. 7 - «Как вы думаете, какой вид обучения является наиболее эффективным?»

На вопрос «Стоит ли медицинскому работнику – педагогу использовать медицинскую терминологию при объяснении материала?» подавляющее количество опрошенных высказало мнение «скорее нет, чем да» ($2,62 \pm 0,68$), что говорит о низкой необходимости использования медицинской терминологии в процессе разъяснения материала.

При обработке данных ответов на вопрос «Необходимо ли учитывать скорость восприятия при передаче информации пациенту?» был получен средний показатель равный $4,54 \pm 0,68$, что позволяет нам сделать вывод о необходимости учитывать индивидуальные особенности мышления и восприятия каждого обучаемого.

2.2 ИССЛЕДОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР - БАКАЛАВРОВ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ОБУЧЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В СФЕРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА

Место проведения исследования: ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова», факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы.

Выборка: в исследовании приняли участие 70 студентов 4 курса факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы, обучающиеся по направлению подготовки бакалавриата «Сестринское дело».

Выборка репрезентирует студентов по:

1. возрасту (средний возраст составляет $31,17 \pm 8,8$);
2. полу (69 респондентов (98,58%) являются женщинами и 1 респондент – мужчина (1,42%);
3. по занимаемой должности (40 медицинских сестер различных отделений (57%); 2 рентгенлаборанта (3,1%); 8 старших медицинских сестер (9,3%); 2 главные медицинские сестры (3,1%); 1 санитарка (1,5%); 1 массажист (1,5%); 1 медицинский статистик (1,5%); 1 главная акушерка (1,5%); 1 лаборант (1,5%); 1 медицинский аналитик, 1 фельдшер, 1 косметолог, 1 заместитель генерального директора (по 1,5% соответственно), 8 безработных (9,3%);
4. стажу работы в годах ($9,63 \pm 8,8$).

Процедура и метод исследования: опрос проводился методом анкетирования по заранее составленной анкете из 24 вопросов (приложение Б).

Технология опроса: анкета состоит из закрытых и открытых вопросов. При ответе на закрытый вопрос респондент должен выбрать наиболее подходящий для него вариант ответа (1 - однозначно нет; 2 - скорее нет, чем да; 3 - затрудняюсь ответить; 4 - скорее да, чем нет; 5 - однозначно да) из числа предложенных. При ответе на открытый вопрос респонденту предлагается сформулировать самому один вариант ответа.

Контроль: после полевых работ проведен 100% - ный визуальный контроль полученного массива на правильность и полноту заполнения анкет.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью компьютерной программы MS Excel (вычисление среднего значения, моды, стандартного отклонения и коэффициента вариации), с набором полученных результатов анкетирования вручную, в заранее подготовленную матрицу анализа данных.

Результаты проведенного исследования (табл. 3) позволили получить общую картину готовности медицинских сестер - бакалавров к самостоятельному осуществлению обучения и определили возможные компетенции в сфере терапевтического обучения больных СД 2 типа. Также выявлена субъективная оценка медицинских сестер – бакалавров тем занятий программы обучения больных СД 2 типа, предложенных и разработанных нами на основе структурированных программ обучения для больных СД 2 типа Эндокринологического научного центра МЗ РФ и Приказа МЗ РФ от 06 мая 1997 года № 135 «Об унифицированных программах и наглядных пособиях для школ по обучению больных сахарным диабетом».

Таблица 4 - Результаты исследования

№ вопроса	Среднее значение	Мода	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации
Блок 1 – Организация работы Школы самоконтроля больных СД 2 типа				
1	4,08	5	1,18	29%
2	2,74	1	1,68	62%
3	4,84	5	0,44	9%
4	4,54	5	0,61	14%
5	4,54	5	0,68	15%
6	2,28	2	1,12	49%
7	4,25	5	0,81	19%
8	4,64	5	0,58	13%
9	4,5	5	0,63	14%
10	4,57	5	0,68	15%
11	4,1	4	0,95	23%
12				
12.1	4,12	5	0,89	22%
12.2	4,61	5	0,66	14%
12.3	4,68	5	0,66	14%
12.4	4,5	5	0,94	21%

Блок 2 – Процесс обучения больных СД 2 типа				
13	3,67	4	0,94	26%
14	3,54	3	0,99	28%
15	3,74	4	1,03	28%
16	3,82	3	0,95	25%
17	3,77	4	0,94	25%
18	4,37	5	0,7	16%
19				
19.1	3,85	4	1,08	28%
19.2	3,95	5	1,02	26%
20				
20.1	4,84	5	0,35	7%
20.2	4,91	5	0,29	6%
20.3	4,88	5	0,33	7%
20.4	4,7	5	0,68	15%
20.5	4,84	5	0,56	12%
20.6	4,82	5	0,61	13%
20.7	4,88	5	0,29	6%

Первый блок вопросов анкеты был посвящён вопросам организации работы Школы самоконтроля больных СД и определению возможных компетенций в профессиональной деятельности медицинской сестры – бакалавра в процессе обучения.

При ответе на вопрос «Знаете ли Вы о существовании такого ответвления эндокринологической службы в РФ, как Школа самоконтроля больных сахарным диабетом?» был получен средний показатель равный $4,08 \pm 1,18$. Для более наглядной демонстрации и интерпретации полученных данных нами были вычислены экстенсивные показатели для полученного массива данных. 1 человек (1,42%) не знает о существовании Школ самоконтроля больных СД, 9 респондентов (12,85%) ответили «скорее нет, чем да», 11 опрошенных (15,71%) затруднились ответить на этот вопрос, 11 человек (15,71%) сказали «скорее да, чем нет» и 38 респондентов (54,28%) однозначно знают о существовании этой ветви эндокринологической службы в РФ, что говорит о высокой осведомленности среди студентов ФВСО и ПСР о Школах самоконтроля больных СД.

Анализ ответов на вопрос «Есть ли известные Вам медицинские организации, в которых функционирует такая Школа?» помог получить среднее зна-

чение равно $2,74 \pm 1,68$ ($M_0=1$), позволяющий сделать вывод о незнании опрошенных нами студентов медицинских организаций, в которых функционирует такая Школа.

При ответе на вопрос о необходимости создания Школ самоконтроля подавляющее большинство респондентов ($4,84 \pm 0,44$) высказались за их организацию и работу, что говорит о понимании студентами важности данного вида медицинской услуги.

При анализе утверждения что обучение больных является основой лечения СД и профилактики его осложнений, было выявлено, что почти все опрошенные согласны с ним (среднее значение $4,54 \pm 0,61$), позволяющее сделать вывод о необходимости проведения обучения среди больных СД.

При ответе на вопрос «Как вы думаете, знания и навыки, полученные больными в процессе обучения, помогут им осуществлять самоконтроль сахарного диабета?» большинство ($4,54 \pm 0,68$) ответило, что полученные знания и навыки помогут пациентам качественно осуществлять самоконтроль СД 2 типа, что существенно пролит период компенсации СД, тем самым улучшит качество жизни больных.

При статистической обработке полученного нами массива данных при ответе на вопрос «Считаете ли вы, что осуществлять профессиональную деятельность в Школе самоконтроля может только врач?» был получен средний показатель равный $2,28 \pm 1,12$. Для более наглядной интерпретации данных, нами было решено высчитать экстенсивные показатели (рис. 8):

1. «однозначно нет» - 19 человек (27,14%);
2. «скорее нет, чем да» - 28 человек (40%);
3. «затрудняюсь ответить» - 11 человек (15,71%);
4. «скорее да, чем нет» - 8 человек (11,42%);
5. «однозначно да» - 4 человека (5,71%).

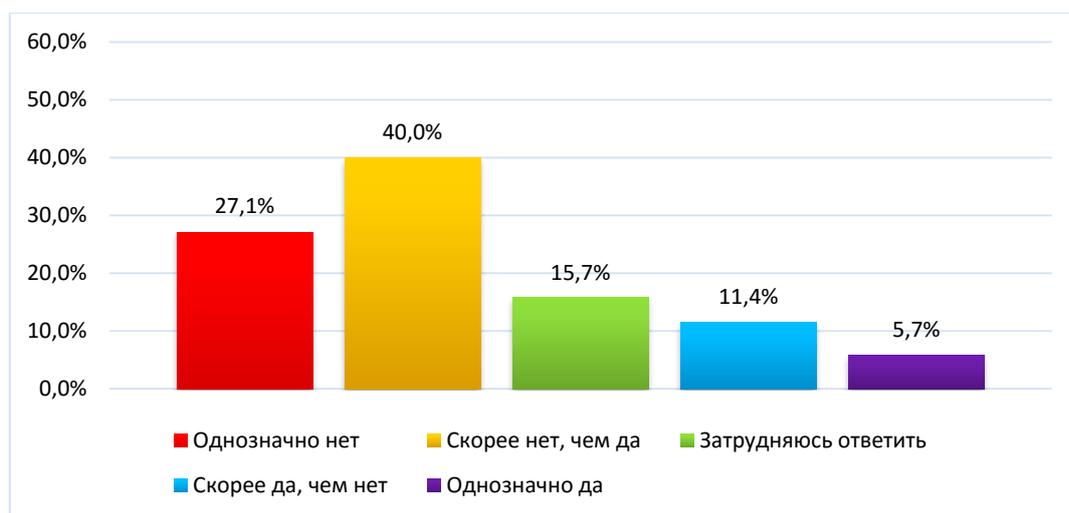


Рис. 8 - «Считаете ли вы, что осуществлять профессиональную деятельность в Школе самоконтроля может только врач?»

Из рис. 8 видно, что почти половина опрошенных студентов, не согласны с тем, что обучение в Школе самоконтроля является компетенцией только врачебной. Также можно сделать вывод о готовности медицинских сестер – бакалавров к проведению терапевтического обучения в Школах самоконтроля больных СД 2 типа.

При ответах на вопросы «Как Вы считаете, медицинская сестра - бакалавр может оказывать профилактическую помощь больным с СД 2 типа по вопросам, связанными с осложнениями их заболевания?» и «Как Вы считаете, медицинская сестра - бакалавр может оказывать консультативную помощь больным с СД 2 типа по вопросам формирования здорового образа жизни?» были получены следующие средние показатели: $4,25 \pm 0,81$ и $4,64 \pm 0,58$ соответственно, что позволяет нам говорить о готовности выпускников ФВСО и ПСР оказывать профилактическую и консультативную помощь больным, страдающим СД 2 типа.

Анализ результатов, полученных при ответах на вопрос «Как Вы думаете, медицинская сестра–бакалавр способна осуществлять обучение пациентов в Школе самоконтроля?» позволил вычислить следующее среднее значение – $4,57 \pm 0,68$. Для более наглядной интерпретации данных, мы вычислили экстенсивные показатели (рис. 9):

1. «однозначно нет» ответил 1 человек (1,42%);
2. вариант «скорее нет, чем да» никто не выбрал;
3. «затрудняюсь ответить» выбрал 1 человек (1,42%);
4. «скорее да, чем нет» выбрали 24 (34,28%);
5. «однозначно да» ответили и 44 (62,85%) человек.

Полученные данные позволяют нам сделать о высокой готовности опрошенных к активной интеграции в процесс терапевтического обучения больных СД 2 типа, тем самым большинство анкетированных студентов считают возможным проведение терапевтического обучения медицинскими сестрами и видят обучение пациентов элементом своей профессиональной деятельности.



Рис. 9 - «Как Вы думаете, медицинская сестра–бакалавр способна осуществлять обучение пациентов в Школе самоконтроля?»

При ответе на вопрос «Как вы считаете, необходима ли дополнительная подготовка для осуществления профессиональной деятельности медицинской сестре–бакалавру в Школе самоконтроля?» большинство ($4,1 \pm 0,95$) респондентов согласились, что дополнительная подготовка все же необходима, что позволяет нам судить о недостаточном уровне знаний студентов о СД и терапевтическом обучении при данном заболевании.

При ответах на вопрос «На Ваш взгляд, какие функции медицинская сестра может выполнять в процессе своей профессиональной деятельности в

Школе самоконтроля больных СД?» среди областей функциональных обязанностей первое место занимает проведение теоретического обучения больных с СД 2 типа ($4,68 \pm 0,66$), затем следует методическая работа в Школе самоконтроля ($4,61 \pm 0,66$), предпоследнее и последнее места в иерархии предпочтений студентов занимают практическое обучение ($4,5 \pm 0,94$) и организация работы Школы ($4,12 \pm 0,89$) соответственно. Исходя из полученных данных можно с уверенностью сказать, что любую из предложенных нами компетенций в сфере терапевтического обучения, выпускники определяют, как значимую в своей будущей профессиональной деятельности, в особенности теоретическое обучение больных СД 2 типа.

Для более наглядной демонстрации данных нами были вычислены экстенсивные показатели массива данных (рис. 10).

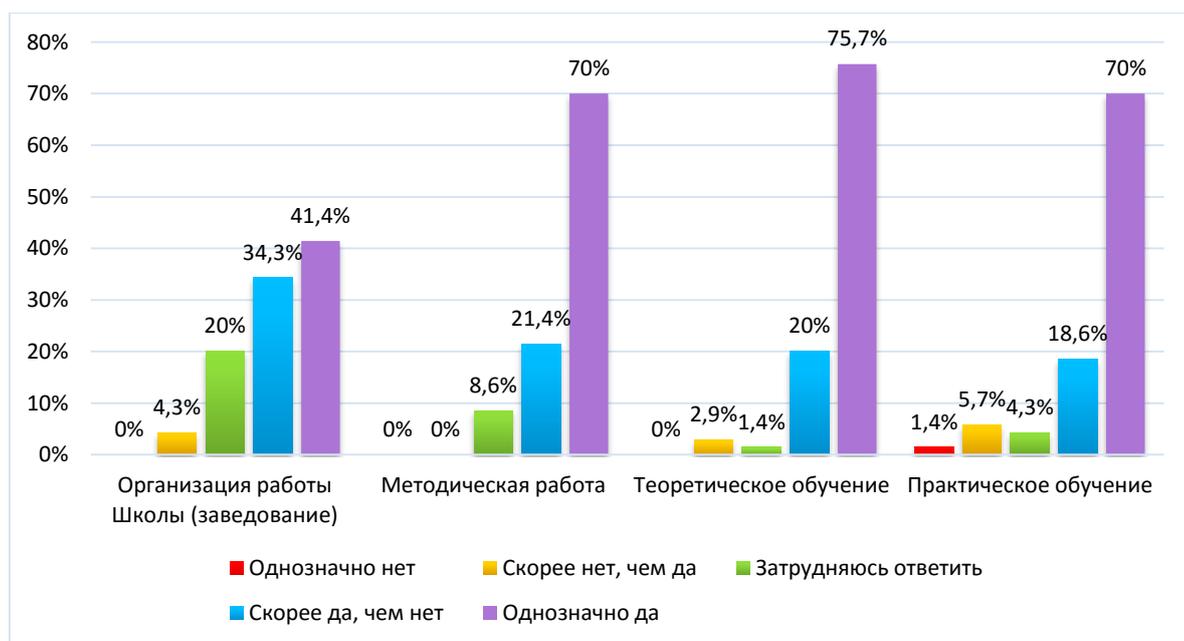


Рис. 10 - «На Ваш взгляд, какие функции медицинская сестра может выполнять в процессе своей профессиональной деятельности в Школе самоконтроля больных СД?»

Второй блок вопросов касался организации процесса обучения: продолжительность одного занятия, необходимость перерыва, форма обучения (групповая, индивидуальная), использование информационных технологий и наглядных материалов, тематика программы обучения больных СД 2 типа.

При статистической обработке ответов на вопрос «Считаете ли Вы возможным прохождение курса обучения за 7 дней (учитывая среднюю продолжительность госпитализации 10 дней)?» было получено среднее значение равное $3,67 \pm 0,94$. Для более точного и тщательного анализа полученных данных мы произвели расчеты экстенсивных показателей для данного массива данных:

1. «однозначно нет» ответил 1 человек (1,42%);
2. «скорее нет, чем да» ответило 8 респондентов (11,4%);
3. «затрудняюсь ответить» выбрало 19 опрошенных (27,14%);
4. «скорее да, чем нет» выбрало 27 человек (38,57%);
5. «однозначно да» ответили 15 человек (24,42%).

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о возможности проведения курса обучения больных СД 2 типа в течении 7 дней.

Ответы на вопрос «Как Вы думаете, одно занятие продолжительностью в два академических часа будет оптимальным для нормального освоения материала?» разделились следующим образом (рис. 11). Средний показатель $3,54 \pm 0,98$.



Рис. 11 - «Как Вы думаете, одно занятие продолжительностью в два академических часа будет оптимальным для нормального освоения материала?»

Исходя из показателей на рис. 11 видно, что возможность проведения одного занятия продолжительностью в два академических часа является реальной,

следовательно, может учитываться для составления сестринской программы терапевтического обучения больных СД 2 типа.

При обработке ответов на вопрос, касающийся необходимости проведения тридцатиминутного перерыва во время каждого занятия, был получен средний показатель равный $3,74 \pm 1,03$. Для более точной интерпретации данных нами были произведены расчеты экстенсивных показателей (рис. 12).

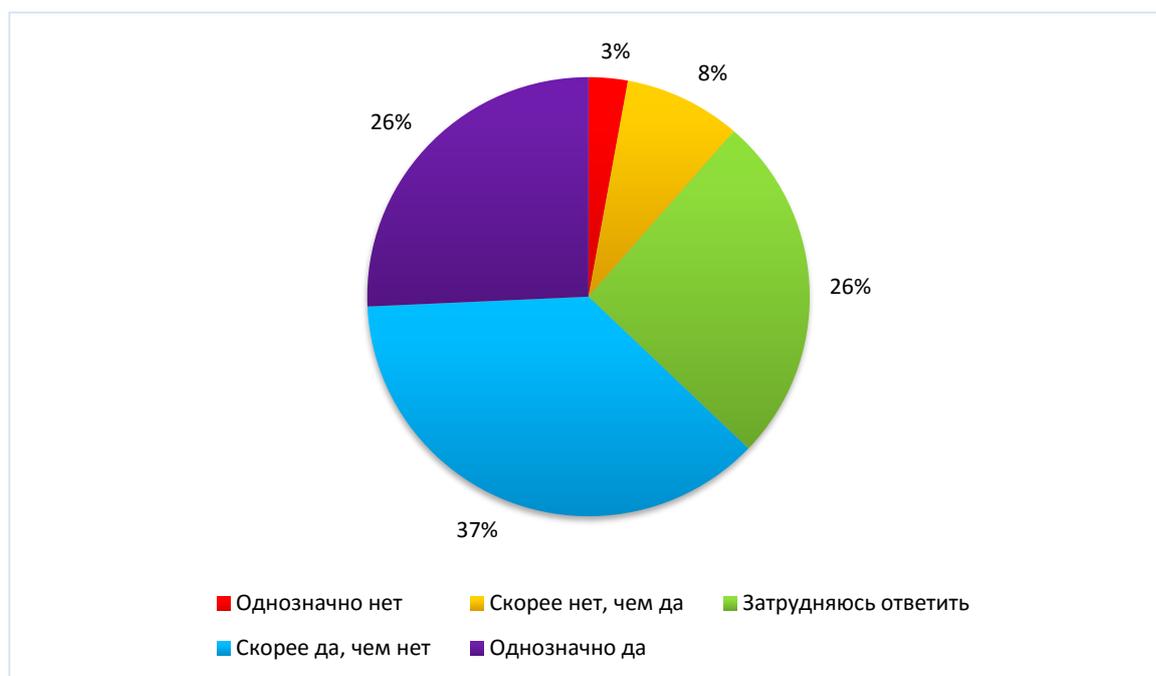


Рис. 12 - «На Ваш взгляд, необходимо ли устраивать 30 минутный перерыв во время каждого занятия?»

Как видно из диаграммы, большинство опрошенных согласны с тем, что перерыв устраивать необходимо при проведении каждого занятия и этот факт должен быть учтен преподавателем в Школе самоконтроля больных СД 2 типа.

Ответы на вопрос «Считаете ли вы, что при обучении больных СД 2 типа нужно применять компьютерные технологии?» разделились следующим образом (среднее значение $3,82 \pm 0,95$): «однозначно нет» и «скорее нет, чем да» ответили 1 (1,42%) и 3 (4,28%) человека соответственно, 23 человека (32,85%) затруднились ответить на данный вопрос, «скорее да, чем нет» и «однозначно да» высказались 23 (32,85%) и 20 (28,57%) опрошенных соответственно. Полученные результаты, помогают нам сделать вывод, что использование компьютерных технологий возможно при проведении терапевтического обучения больных

СД 2 типа, но только как вспомогательный ресурс, не заменяющий личного общения с обучающимися.

Следующий вопрос касался возможности использования тестового контроля, как метода проверки знаний, полученных в процессе обучения в Школе самоконтроля больных СД 2 типа. Экстенсивные показатели, полученные при обработке ответов представлены на рис. 13.

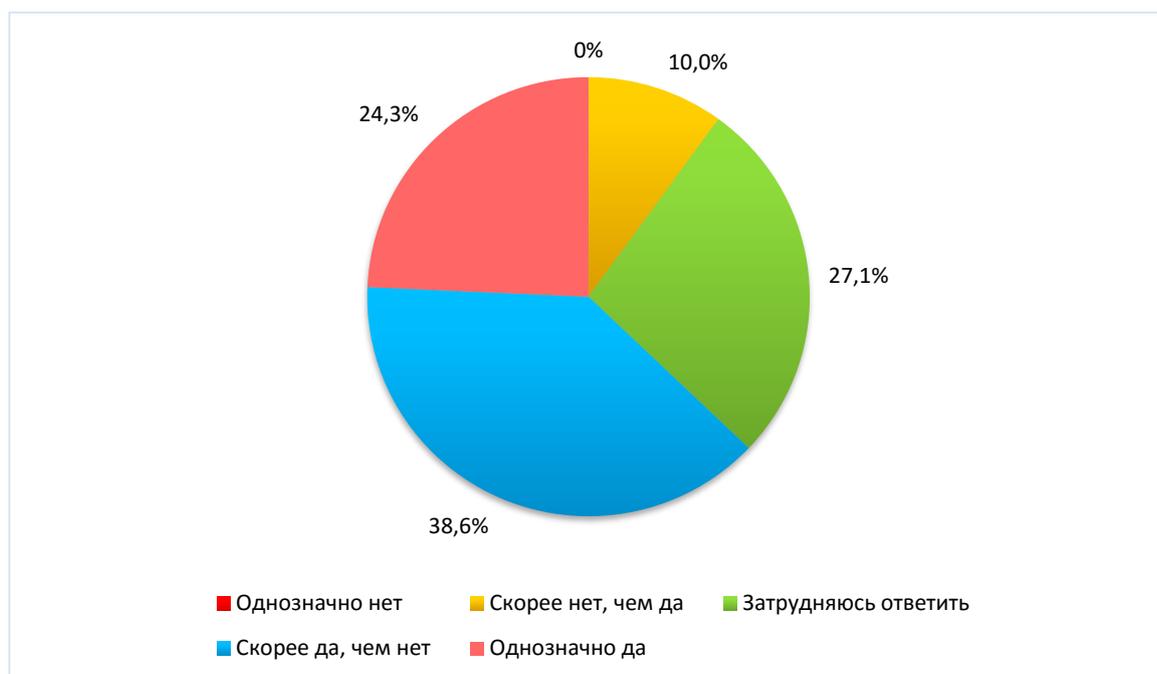


Рис. 13 - «Считаете ли вы, что для контроля освоения материала больными СД 2 типа нужно применять тесты?»

Из рис. 13 видно, что большинство (38,6%) респондентов считают применение тестов возможным в проведении контроля пройденного материала и 24,3% считают, что применение тестового контроля необходимо.

При обработке ответов на вопрос «Считаете ли вы, что решение ситуационных задач и ролевые игры являются хорошим методом закрепления пройденного материала?» было получено среднее значение равное $4,37 \pm 0,7$, что позволяет нам утверждать о необходимости использования данного вида закрепления пройденного материала в процессе реализации программы обучения больных СД 2 типа.

Следующий вопрос данного блока анкеты, а именно «Как вы думаете, какой вид обучения является наиболее эффективным?», был представлен двумя

вариантами ответов: групповое обучение (среднее значение $3,85 \pm 1,08$) и индивидуальное обучение ($3,95 \pm 1,02$). Данные показатели являются примерно равными и не позволяют точно судить о характере предпочтений респондентов, поэтому нами были вычислены экстенсивные показатели для массива данных этого вопроса (рис. 14).

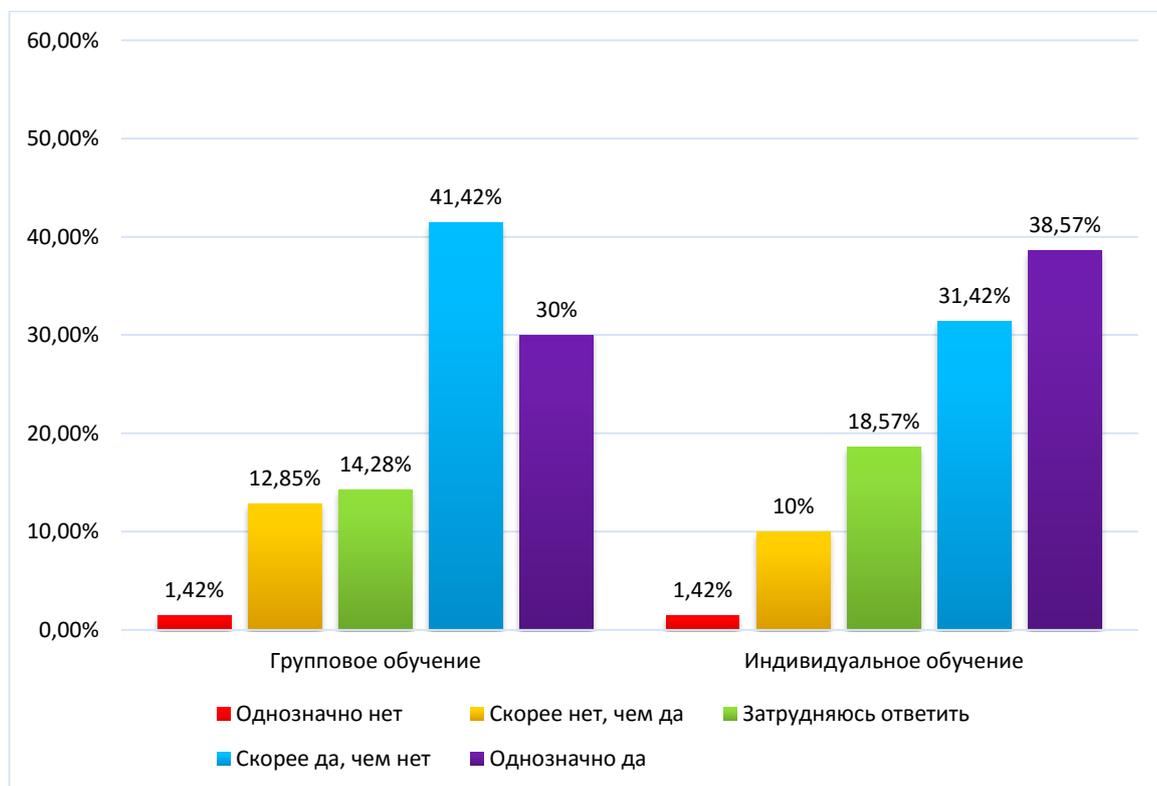


Рис. 14 - «Как вы думаете, какой вид обучения является наиболее эффективным?»

Исходя из полученных данных, большинство (41,42%) опрошенных нами студентов, выбрали групповую форму обучения, как наиболее эффективную в процессе терапевтического обучения больных СД 2 типа.

Последний вопрос анкеты «Оцените, какие из ниже предложенных тем занятий, необходимо включать в программу обучения больных СД 2 типа?» содержал семь вариантов ответа, средние значения данных представлены на рис. 15.

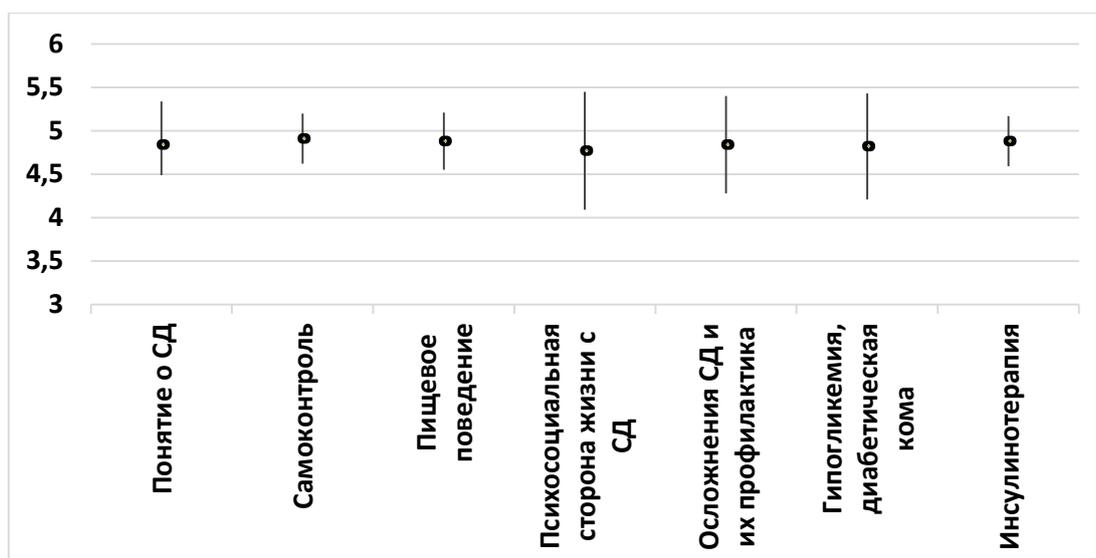


Рис. 15 - «Оцените, какие из ниже предложенных тем занятий, необходимо включить в программу обучения больных СД 2 типа?»

Средние значения, представленные на рис. 15, достоверно показывают нам необходимость включения в сестринскую программу терапевтического обучения больных СД 2 типа всех предложенных в анкете тем занятий, а именно:

1. Понятие о СД (причины, симптомы);
2. Самоконтроль при СД 2 типа;
3. Пищевое поведение;
4. Психосоциальная сторона жизни с СД 2 типа;
5. Осложнения СД 2 типа и их профилактика;
6. Гипогликемия, диабетическая кома и их профилактика;
7. Инсулиноterapia.

2.3 РАЗРАБОТКА СЕСТРИНСКОЙ ПРОГРАММЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СД 2 ТИПА

В основу разработки сестринской программы (Приложение В) терапевтического обучения больных СД 2 типа легли полученные результаты анкетирования пациентов эндокринологического отделения ГБУЗ «МКНЦ» ДЗМ и студентов 4 курса ПМГМУ имени И. М. Сеченова, ФВСО и ПСР, направление подготовки «Сестринское дело» (бакалавриат). Стоит отметить, что больные

СД 2 типа и медицинские сестры – бакалавры в подавляющем большинстве поддержали все предложенные нами темы занятий в Школе самоконтроля для больных СД.

Данная программа предназначена для бакалавров по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело», оказывающих лечебно – диагностическую и медико – профилактическую помощь пациентам с сахарным диабетом 2 типа амбулаторно и в условиях стационара. Она посвящена проблеме терапевтического обучения больных в Школах самоконтроля сахарного диабета, которое является неотъемлемой частью диабетологической помощи нашей страны.

Настоящая программа обучения подготовлена в соответствии с:

1. Приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. N 899н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»;

2. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 03 сентября 2015 № 964 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата)»;

3. структурированными программами обучения больных сахарным диабетом 2 типа ФГУ «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Программа терапевтического обучения больных СД 2 типа является универсальной моделью, которая может быть адаптирована к условиям конкретной медицинской организации.

Она должна обеспечивать больных знаниями и умениями, необходимыми для достижения конкретных терапевтических целей:

- предупреждение развития острых и поздних осложнений;
- достижение и поддержание стабильной компенсации сахарного диабета;
- адаптацию к социальной среде, трудовой деятельности;

– формирование мотивации правильного поведения, связанного с заболеванием.

Социальная миссия данной образовательной программы состоит в передаче необходимой информации пациентам для оптимального управления своей жизнью с заболеванием, что благоприятно сказывается на клинико – метаболических показателях и уровне социальной адаптации: выбор профессии, планирование семьи, отдых и т.д., а также в формировании мотивации и новых психологических установок для изменений в поведении, связанных с заболеванием.

Нормативный срок освоения программы обучения составляет 7 дней. Трудоемкость программы составляет 14 часов.

В школу самоконтроля сахарным диабетом направляются все пациенты, не проходившие обучение (первичный курс), и пациенты, уже прошедшие обучение (повторный курс), для укрепления и систематизации знаний, умений и навыков самоконтроля СД 2 типа.

Наиболее эффективна форма обучения в группах из 7-10 человек. Индивидуальное обучение проводят чаще для детей, а также при первичном обучении взрослых с впервые выявленным диабетом и беременных.

Критериями исключения больных из группы обучения являются:

1. существенное снижение остроты зрения, что делает невозможным проведение самоконтроля;
2. терминальная стадия хронической почечной недостаточности;
3. обострение сопутствующих заболеваний.

Индивидуальное обучение показано с выраженными осложнениями СД и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Обучение должно проводиться с учетом перечисленных трудностей, желательно совместно с родственниками.

Структура и штатная численность Школы самоконтроля больных диабетом устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создана Школа, исходя из потребностей, объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения.

Оснащение Школы самоконтроля для больных диабетом осуществляется в соответствии со стандартом оснащения [17].

Для обучения применяются печатные (плакаты, таблицы, рисунки) и электронные методические пособия (презентации), различные оценочные средства (тесты, ситуационные задачи).

Тематический план занятий в школе самоконтроля для больных (СД) 2 типа включает:

1. Понятие о СД (причины, симптомы);
2. Самоконтроль при СД 2 типа;
3. Пищевое поведение;
4. Психосоциальная сторона жизни с СД 2 типа;
5. Осложнения СД 2 типа и их профилактика;
6. Гипогликемия, диабетическая кома и их профилактика;
7. Инсулинотерапия.

Также разработано поурочное планирование занятий в Школе самоконтроля для больных СД 2 типа с описанием актуальности темы, цели и задач занятий, наглядного методического материала. Составлен примерный план – конспект занятия с описанием вводной, основной и заключительной частей занятия, разработаны тестовые задания для проведения контроля знаний.

2.4 ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ

Таким образом, проведенное нами исследование готовности медицинских сестер - бакалавров к самостоятельному осуществлению, организации обучения и определению возможных компетенций в сфере терапевтического обучения больных СД 2 типа, а также анализ существующих потребностей познания о своем заболевании среди больных сахарным диабетом 2 типа и их мнения о возможности участия медицинских сестер – бакалавров в терапевтическом обучении позволяет сделать следующие выводы:

1. 38 опрошенных нами студентов (54,28%) и большинство пациентов (4,94±0,23) однозначно знают о существовании такой ветви эндокринологиче-

ской службы в РФ, как Школа самоконтроля для больных СД, однако подавляющее большинство медицинских сестер ($2,74 \pm 1,68$) не знают медицинских организаций, в которых функционирует такая Школа в отличие от пациентов, которые в 100% количестве осведомлены о таковых;

2. большинство ($4,54 \pm 0,61$) опрошенных нами выпускников ФВСО и ПСР считают, что терапевтическое обучение является базисным компонентом лечения СД и профилактики развития его осложнений, что говорит о необходимости использования потенциала обучения и подавляющее большинство больных ($4,92 \pm 0,25$), страдающих СД 2 типа, считают, что пройденный курс обучения в Школе самоконтроля поможет им узнать всю необходимую информацию об их патологии, а также позволит более качественно осуществлять самоконтроль ($4,87 \pm 0,4$);

3. выпускники ФВСО и ПСР (медицинские сестры - бакалавры) показали высокую готовность к оказанию профилактической ($4,25 \pm 0,81$) и консультативной ($4,64 \pm 0,58$) помощи больным, страдающим СД 2 типа;

4. большинство ($62,85\%$) анкетированных студентов считают возможным проведение терапевтического обучения медицинскими сестрами - бакалаврами и видят обучение пациентов элементом своей профессиональной деятельности, однако, большинство опрошенных больных СД 2 типа не оказывают доверия медицинской сестре – бакалавру, как полноправному участнику процесса терапевтического обучения больных, что может говорить о низком престиже специальности и общей неосведомленности респондентов о подготовке таких кадров в нашей стране;

5. пациенты хотят видеть в роле педагога Школы самоконтроля больных СД именно врача, хотя и почти треть опрошенных не смогли дать точный ответ на этот вопрос;

6. любая из предложенных нами компетенций в сфере терапевтического обучения (за ведо вание Школой, методическое обеспечение, теоретическое и практическое обучение), выпускники определяют, как значимую в своей

бедующей профессиональной деятельности, в особенности теоретическое обучение больных СД 2 типа;

7. большинство опрошенных студентов и больных, страдающих СД 2 типа считают возможным проведение курса обучения для больных СД 2 типа в течении 7 дней, с обязательными тридцатиминутными перерывами во время каждого занятия;

8. по мнению медицинских сестер и пациентов применение компьютерных технологий, тестового контроля и решение ситуационных задач является неотъемлемой частью процесса обучения больных СД 2 типа;

9. большинство опрошенных студентов (41,42%) считают возможным использование групповой формы для организации более эффективного процесса терапевтического обучения больных СД 2 типа, однако среди пациентов выявлено равенство предпочтений между индивидуальной и групповой формой обучения;

10. по результатам анкетирования выпускников и больных, страдающих СД 2 типа, предложенный нами список тем занятий (понятие о СД, самоконтроль при СД 2 типа, пищевое поведение, психосоциальная сторона жизни с СД 2 типа, осложнения СД 2 типа, гипогликемия и инсулинотерапия) необходимо включить в сестринскую программу терапевтического обучения больных СД 2 типа;

11. разработана сестринская программа терапевтического обучения больных СД 2 типа, составлено поурочное планирование занятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространённых хронических заболеваний, о чем могут свидетельствовать данные Российского статистического ежегодника за 2014 год – 3,43 млн. человек, страдающих СД.

В общей структуре СД 90-95% составляет СД 2 типа, при этом фактическая распространённость превышает в 2-3 раза зарегистрированную. Именно данный тип диабета ассоциирован с «эпидемией диабета».

Тенденции роста заболеваемости СД обуславливают ежегодное увеличение численности диспансерной группы у эндокринологов. Это приводит к высокой нагрузке врача на приеме, не позволяющей уделить достаточного внимания элементам обучения пациентов правилам самоконтроля заболевания

Исходя из этого в последнее время все шире обсуждается интеграция специалистов сестринского дела с высшим образованием в структуру кадрового обеспечения Школ самоконтроля для больных СД 2 типа, как средства повышения доступности и качества медицинской помощи [4,7]. Однако, современный этап развития до и последипломного образования в нашей стране не предусматривает подготовки специалистов для терапевтического обучения пациентов, нет нормативных документов, регламентирующих такую деятельность, не разработано методическое обеспечение для медицинских сестер.

Целью данной работы являлось исследование возможности интеграции медицинских сестер – бакалавров в процесс организации и проведения терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа. Исходя из всего вышесказанного, можно сказать что цель была достигнута, так как:

1. описаны основные понятия и специфика терапевтического обучения больных СД. Терапевтическое обучение больных – это важнейший и обязательный элемент профилактики, безопасного и эффективного лечения СД, который должен быть интегрирован в алгоритмы многофакторного управления этими состояниями с целью улучшения клинико-метаболических показателей и психолого-эмоционального состояния больных, а также повышения качества их жизни и экономической выгоды проводимой терапии;

2. рассмотрена история возникновения, развития в России и за рубежом такой части системы диабетологической помощи, как терапевтическое обучение больных СД;

3. описаны концепция и методологические основы терапевтического обучения больных сахарным диабетом 2 типа, а именно возможность использования разных форм обучения (индивидуальное и групповое);

4. рассмотрены требования к наглядному методическому материалу, применяемому в процессе обучения;

5. проанализирован Федеральный государственный образовательный стандарт 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата), который предусматривает один из видов профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу бакалавриата, педагогическую деятельность. Данная деятельность включает в себя следующие профессиональные компетенции:

– способность овладевать необходимым комплексом общепедагогических, психолого – педагогических знаний, представлений в области клинической сестринской практики (ПК-18);

– способность и готовность к изучению принципов, методов и форм проведения занятий, методологии анализа проблемных ситуаций в сфере клинической сестринской деятельности и способов их разрешения (ПК-19);

– способность планировать учебный процесс, вести методическую работу, разрабатывать методические материалы (ПК-20) [17];

6. определена высокая готовность опрошенных к активной интеграции в процесс терапевтического обучения больных СД 2 типа, тем самым выявлена возможность определения обучения как элемента профессиональной деятельности медицинской сестры – бакалавра;

7. выделены возможные компетенции медицинской сестры – бакалавра как полноправного участника процесса терапевтического обучения больных СД 2 типа, а именно: первое место занимает проведение теоретического обучения больных с СД 2 типа, затем следует методическая работа в Школе само-

контроля, предпоследнее и последнее места в иерархии предпочтений студентов занимают практическое обучение и организация работы Школы соответственно;

8. проведено исследование потребностей больных СД 2 типа в необходимых знаниях, умениях и навыках, которые они хотели бы усвоить в процессе обучения, данные которого были использованы для разработки сестринской программы терапевтического обучения;

9. разработана сестринская программа терапевтического обучения больных СД 2 типа и составлено поурочное планирование занятий. Она предназначена для бакалавров по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело», оказывающих лечебно – диагностическую и медико – профилактическую помощь пациентам с сахарным диабетом 2 типа амбулаторно и в условиях стационара. Она посвящено проблеме терапевтического обучения больных в Школах самоконтроля сахарного диабета, которое является неотъемлемой частью диабетологической помощи нашей страны.

Таким образом, полученные медицинскими сестрами – бакалаврами знания и навыки в области педагогики и психологии делают потенциально возможным их участие в терапевтическом обучении больных СД 2 типа. Профессиональная подготовка медицинских сестер с высшим образованием позволяет им организовать и осуществлять педагогический процесс обучения больных СД 2 типа, с учетом особенностей их возраста, мотивации, эмоционального состояния, познавательных процессов, внутрисемейных отношений и характера течения заболевания. Такой специалист сестринского дела с высшим образованием, получив последипломную специализацию по диабетологии (эндокринологии), может профессионально организовывать и вести обучение больных самоконтролю заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аметов А.С., Валитов Б.И., Черникова Н.А. Терапевтическое обучение больных: прошлое, настоящее, будущее. // Сахарный диабет. – 2012. - № 1. – С. 71 – 77.
2. Анциферов М.Б. Современные концепции в обучении сахарным диабетом. // Сахарный диабет. – 1999. - № 1. – С. 45.
3. Дедов И.И., Майоров А.Ю., Суркова Е.В. Сахарный диабет 1 типа. // Книга для пациентов. – М., 2003. – С. 7 – 9.
4. Дедов И.И., Суркова Е.В., Майоров А.Ю., Галстян Г.Р., Анциферов М.Б., Токмакова А.Ю. Программа подготовки специалистов в области обучения больных сахарным диабетом. // Сахарный диабет. – 2003. - № 1. – С. 44 – 47.
5. Злобина Г.М. Оценка готовности медсестер к формированию у пациентов здоровьесберегающего поведения. // Главная медицинская сестра. - 2007. - № 1. - С. 138–141.
6. Калинина А.М. Школы здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями и факторами риска. // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. - 2007. - № 5. - С. 23–30.
7. Лапик С.В. Оценка возможности и степени участия специалистов сестринского дела с разным уровнем образования в профилактических программах. // Главная медицинская сестра. - 2008. - № 3. - С. 148–156.
8. Лукьянова Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е.М. Лукьянова // Качественная клиническая практика. 2002. -№ 4. - С. 34-42.
9. Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Мельникова О.Г., Шишкова Ю.А. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода. // Сахарный диабет. – 2011. - №1. - С. 46 – 50.
10. Майоров А.Ю., Галстян Г.Р., Двойнишникова О.М., Анциферов М.Б., Дедов И.И. Терапевтическое обучение в России: результат 15 – летнего наблюдения больных СД 1 типа// Сахарный диабет. – 2005. - № 3. – С. 52 – 58.
11. Максимова В.П. Эффективность обучения детей, больных сахарным диабетом, и членов их семей / В.П. Максимова, Е.А. Андрианова, В.А. Пе-

теркова // Материалы 1-го Российского диабетологического конгресса (Москва, 1-3 июля 1998). М., 1998. - С. 112-125.

12. Носкова В.А. Научное обоснование сестринской модели организации терапевтического обучения детей, больных сахарным диабетом: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / В.А. Носкова. – Нижний Новгород, 2011. – С. 3 – 5.

13. Островская И.В. Психология. // Учебник для медицинских училищ и колледжей. Второе издание. – Москва: Гэотар – Медиа, 2013. – С. 405 – 412.

14. Пархоменко А.Д. Клинико-экономическая эффективность структурированной Программы обучения пациентов с сахарным диабетом II типа: автореф. дис. канд. мед. наук / А.Д. Пархоменко. М., 2000. - 22 с.

15. Печенюк С.С. Модель подготовки управленцев для системы образования // Высшее образование в России. 2004. - № 11. - С. 53-55.

16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 мая 1997 № 135 «Об унифицированных программах и наглядных пособиях для школ по обучению больных сахарным диабетом».

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 899н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология».

18. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 03 сентября 2015 № 964 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата)» [Электронный ресурс] // Портал Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования.

19. Просекова, Е.В. Влияние базисной терапии на качество жизни детей с бронхиальной астмой / Е.В. Просекова, Б.И. Гельцер, Т.Н. Шестаковская // Пульмонология. - 2002. - № 1. - С. 82-84.

20. Семенов В.Ю. Проблемы управления качеством медицинской помощи // Здравоохранение. 2004. - № 33. - С. 20-25.

21. Чуваков Г.И. Методология сестринского процесса обучения, лечения детей и подростков, больных сахарным диабетом. // Вестник Новгородского государственного университета. – 2000. - № 14.

22. Шестакова М.В., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Обучение больных сахарным диабетом 2 типа. // Руководство для врачей общей практики. – Минздравсоцразвития РФ, Федеральное агентство по здравоохранению, ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий, 2007. – 166 с.

Анкета**Обучение в Школе самоконтроля
больных сахарным диабетом 2 типа**

Уважаемые пациенты!

Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова проводит исследование вопросов организации обучения в Школе самоконтроля больных сахарным диабетом 2 типа. Просим вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в научных целях.

1. Ваш возраст _____
2. Пол _____
3. Ваше образование:
 1. Среднее
 2. Среднее специальное
 3. Неоконченное высшее
 4. Высшее
5. Сколько лет у Вас сахарный диабет 2 типа _____

Инструкция

Ответьте на представленные ниже вопросы по вопросам организации обучения в Школах самоконтроля больных сахарным (выбранный ответ обведите кружком). Отвечая на вопросы, используйте шкалу оценки:

- 1 – однозначно нет**
- 2 – больше нет, чем да**
- 3 – затрудняюсь ответить**
- 4 – больше да, чем нет**
- 5 – однозначно да**

#	Вопрос	Шкала оценки				
Блок 1 – Школа самоконтроля для больных сахарным диабетом						
1	Знаете ли Вы о существовании Школ самоконтроля для больных сахарным диабетом (далее Школа)?	1	2	3	4	5
2	Есть ли Вам известные учреждения (больницы, поликлиники, центры здоровья), в которых организована такая Школа?	1	2	3	4	5
3	Как Вы считаете, необходимы ли создание и работа таких Школ?	1	2	3	4	5
4	Считаете ли Вы, что пройденный курс обучения поможет узнать все о вашем заболевании?	1	3	3	4	5
5	Как Вы думаете, знания и навыки, полученные на занятиях в Школе, помогут осуществлять самоконтроль над сахарным диабетом?	1	2	3	4	5
6	Полученные знания помогут Вам отсрочить осложнения сахарного диабета?	1	2	3	4	5
7	Помогут ли вам занятия придерживаться диеты, рекомендуемой Вам?	1	2	3	4	5
8	Как Вы считаете, только врач может осуществлять обучение пациентов в Школе?	1	2	3	4	5
9	Медицинская сестра с высшим образованием (бакалавриат) , на Ваш взгляд, может осуществлять обучение пациентов с сахарным диабетом?	1	2	3	4	5
Блок 2 – Понятие о сахарном диабете						
10	На Ваш взгляд, необходимо ли изучение основ анатомии и физиологии поджелудочной железы?	1	2	3	4	5
11	Нужно ли объяснять физиологические механизмы регулирования уровня сахара крови?	1	2	3	4	5
12	Необходимо ли объяснять что такое сахарный диабет?	1	2	3	4	5
13	Стоит ли обратить внимание на причины и механизмы развития сахарного диабета при прохождении курса обучения?	1	2	3	4	5
14	Необходимо ли Вам знать по каким данным обследования ставится диагноз сахарный диабет?	1	2	3	4	5
15	Стоит ли акцентировать внимание на нормальных показателях уровня сахара крови?	1	2	3	4	5
16	Необходимо ли объяснять признаки повышенного уровня сахара крови?	1	2	3	4	5
Блок 3 – Самоконтроль сахарного диабета						
17	Согласны ли Вы, что самоконтроль это основа лечения сахарного диабета?	1	2	3	4	5
18	По Вашему мнению, стоит ли объяснять правила самоконтроля сахарного диабета в Школе?	1	2	3	4	5
19	Как Вы считаете, стоит ли объяснять правила определения сахара в моче с помощью тест - полосок?	1	2	3	4	5
20	Необходимо ли обратить внимание, в процессе обучения, на методику определения ацетона в моче с помощью тест – полосок? Расшифровке результатов?	1	2	3	4	5
21	Согласны ли Вы, что необходимо обучать пациентов самоконтролю уровня сахара крови при помощи глюко-	1	2	3	4	5

	метра?					
22	Нужна ли Вам информация о механизме работы глюкометра? Правила обращения (уход, замена батареек) с ним?	1	2	3	4	5
23	Знаете ли Вы о «Дневнике самоконтроля»?	1	2	3	4	5
24	Необходимо ли, в процессе обучения, объяснять правила заполнения «Дневника самоконтроля»?	1	2	3	4	5
25	Нужно ли на занятиях преподавать понятие о гликированном гемоглобине?	1	2	3	4	5
Блок 4 – Пищевое поведение						
26	На Ваш взгляд, стоит ли обучать пациентов правилам пищевого поведения при сахарном диабете?	1	2	3	4	5
27	Необходимо ли рассмотрение составляющих пищи (белки, жиры, углеводы)?	1	2	3	4	5
28	Стоит ли делать акцент на углеводной пище?	1	2	3	4	5
29	Необходимо ли объяснение понятий «простые/сложные/легкоусвояемые» углеводы?	1	2	3	4	5
30	Нужна ли информация о потреблении алкоголя?	1	2	3	4	5
31	Согласны ли Вы что, необходимо уделить особое внимание продуктам, потребление которых разрешено в неограниченных количествах, ограничено и запрещено?	1	2	3	4	5
32	Стоит ли уделить время объяснению понятия «хлебные единицы» и методике их подсчета?	1	2	3	4	5
33	Как Вы считаете, обучение режиму питания при сахарном диабете необходимо?	1	2	3	4	5
34	Применение сахарозаменителей необходимо?	1	2	3	4	5
35	Необходимо ли Вам знать об Индексе массы тела и методике его подсчета?	1	2	3	4	5
36	Как Вы считаете, необходима ли информация о правилах снижения веса?	1	2	3	4	5
Блок 5 – Психосоциальная сторона жизни с сахарным диабетом						
37	Как Вы думаете, необходимо ли включить в программу обучения психологические особенности людей, страдающих сахарным диабетом?	1	2	3	4	5
38	Необходима ли Вам информация о том, с какими психологическими проблемами Вы можете столкнуться?	1	2	3	4	5
39	Необходимо ли Вас мотивировать изменению образа жизни?	1	2	3	4	5
40	Нужна ли вам помощь для определения последствий нерационального поведения при сахарном диабете?	1	2	3	4	5
41	Стоит ли, объяснять, как вести себя с родственниками и друзьями? Какие проблемы могут при этом возникнуть.	1	2	3	4	5
42	Нужна ли Вам информация о том, как сочетать вашу профессиональную деятельность с сахарным диабетом?	1	2	3	4	5
43	Согласны ли вы с тем что, стоит уделить внимание физическим нагрузкам и спорту при сахарном диабете?	1	2	3	4	5
Блок 6 – Осложнения сахарного диабета						
44	Как Вы думаете, стоит ли рассказывать об осложнениях	1	2	3	4	5

	сахарного диабета?					
45	Необходимо ли Вам получить информацию об органах, которые в первую очередь поражаются при сахарном диабете?	1	2	3	4	5
46	На Ваш взгляд, информация о профилактике и принципах лечения осложнений сахарного диабета важна для слушателей курса?	1	2	3	4	5
Блок 7 – Гипогликемия и диабетическая кома						
47	Согласны ли Вы с тем, что всем пациентам с сахарным диабетом необходимо знать о гипогликемии, ее признаках, причинах, методах лечения и профилактики?	1	2	3	4	5
48	Необходимо ли доводить до внимания слушателей информацию о диабетической коме (причины, признаки, принципы лечения)?	1	2	3	4	5
Блок 8 - Инсулинотерапия						
49	Как Вы считаете, стоит ли в обязательном порядке изучать данную тему пациентам с сахарным диабетом 2 типа, учитывая то, что некоторые пациенты принимают только таблетированные препараты?	1	2	3	4	5
50	Необходимо ли Вам знать об истории открытия инсулина?	1	2	3	4	5
51	Необходима ли Вам информация о видах инсулин?	1	2	3	4	5
52	Нужна ли информация, на Ваш взгляд, о времени действия инсулина?	1	2	3	4	5
53	Согласны ли Вы, что пациентам нужно знать о режимах лечения и дозировках инсулина?	1	2	3	4	5
54	Необходимы ли Вам правила уменьшения дозы инсулина?	1	2	3	4	5
55	Необходимы ли Вам правила увеличения дозы инсулина?	1	2	3	4	5
56	Согласны ли Вы, что необходимо знать о правилах хранения инсулина?	1	2	3	4	5
57	Считаете ли Вы важным обучение техники введения инсулина шприцем?	1	2	3	4	5
58	Хотели бы Вы узнать о других способах введения инсулина (шприц – ручка, помпа)?	1	2	3	4	5
59	Важно ли, на Ваш взгляд, знать места введения инсулина, их достоинства и недостатки?	1	2	3	4	5
60	Информация об осложнениях инсулинотерапии важна Вам?	1	2	3	4	5
Блок 9 – Процесс обучения						
61	Считаете ли Вы возможным прохождение курса обучения за 7 дней?	1	2	3	4	5
62	Как Вы думаете, одно занятие продолжительностью в два академических часа будет оптимальным для нормального освоения материала?	1	2	3	4	5
63	На Ваш взгляд, необходимо ли устраивать 30 минутный перерыв во время каждого занятия?	1	2	3	4	5
64	Необходимо ли применение наглядных материалов (плакаты, брошюры)?	1	2	3	4	5

65	Как Вы считаете, применение компьютерных технологий необходимо для процесса обучения?	1	2	3	4	5
66	Как Вы думаете, для контроля освоения материала необходимо применять тесты?	1	2	3	4	5
67	Решение ситуационных задач и последующее их разыгрывание пациентами, является хорошим методом закрепления пройденного материала?	1	2	3	4	5
68	Как вы думаете, какой вид обучения является наиболее эффективным?					
68.1	Групповое обучение (10 -12 человек)	1	2	3	4	5
68.2	Индивидуальное обучение	1	2	3	4	5
69	Стоит ли медицинскому работнику – педагогу использовать медицинскую терминологию при объяснении материала?	1	2	3	4	5
70	Необходимо ли учитывать скорость восприятия при передаче информации пациенту?	1	2	3	4	5

Спасибо за участие!

Анкета
Обучение в Школе самоконтроля
больных сахарным диабетом 2 типа

Уважаемые медицинские сестры – бакалавры!

Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова проводит исследование вопросов организации обучения в Школе самоконтроля больных сахарным диабетом 2 типа. Просим вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в научных целях.

Впишите:

1. Ваш возраст _____
2. Пол _____
3. Занимаемая должность _____
4. Стаж работы _____

Инструкция

Ответьте на представленные ниже вопросы по вопросам организации обучения в Школах самоконтроля больных сахарным (выбранный ответ выделите **цветом**). Отвечая на вопросы, используйте шкалу оценки:

- 1 – однозначно нет**
- 2 – больше нет, чем да**
- 3 – затрудняюсь ответить**
- 4 – больше да, чем нет**
- 5 – однозначно да**

№	Вопрос	Шкала оценки				
Блок 1 – Организация работы Школы самоконтроля больных СД 2 типа						
1	Знаете ли Вы о существовании такого ответвления эндокринологической службы в РФ, как Школа самоконтроля больных сахарным диабетом?	1	2	3	4	5
2	Есть ли известные Вам медицинские организации, в которых функционирует такая Школа?	1	2	3	4	5
3	Как Вы думаете, необходимо ли создание и работа таких Школ?	1	2	3	4	5
4	Согласны ли Вы, что обучение больных является основой лечения СД и профилактики его осложнений?	1	2	3	4	5
5	Как вы думаете, знания и навыки, полученные больными в процессе обучения, помогут им осуществлять самоконтроль сахарного диабета?	1	2	3	4	5
6	Считаете ли вы, что осуществлять профессиональную деятельность в Школе самоконтроля может только врач?	1	2	3	4	5
7	Как Вы считаете, медицинская сестра - бакалавр может оказывать профилактическую помощь больным с СД 2 типа по вопросам, связанными с осложнениями их заболевания?	1	2	3	4	5
8	Как Вы считаете, медицинская сестра - бакалавр может оказывать консультативную помощь больным с СД 2 типа по вопросам формирования здорового образа жизни?	1	2	3	4	5
9	На Ваш взгляд, медицинская сестра – бакалавр способна осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости СД 2 типа среди населения?	1	2	3	4	5
10	Как Вы думаете, медицинская сестра–бакалавр способна осуществлять обучение пациентов в Школе самоконтроля?	1	2	3	4	5
11	Как вы считаете, необходима ли дополнительная подготовка для осуществления профессиональной деятельности медицинской сестре–бакалавру в Школе самоконтроля?	1	2	3	4	5
12	На Ваш взгляд, какие функции медицинская сестра может выполнять в процессе своей профессиональной деятельности в Школе самоконтроля больных СД:					
12.1	Организация работы (заведование Школой)	1	3	3	4	5
12.2	Методическая работа (составление планов занятий, разработка наглядного материала, проверочных заданий)	1	2	3	4	5
12.3	Теоретическое обучение пациентов (принципы питания, правила самоконтроля и т.д.)	1	2	3	4	5
12.4	Практическое обучение (определение глюкозы крови с помощью глюкометра, техника инъекций инсулина и т.д.)	1	2	3	4	5
Блок 2 – Процесс обучения больных СД 2 типа						
13	Считаете ли Вы возможным прохождение курса обучения за 7 дней (учитывая среднюю продолжительность госпитализации 10 дней)?	1	2	3	4	5
14	Как Вы думаете, одно занятие продолжительностью в	1	2	3	4	5

	два академических часа будет оптимальным для нормального освоения материала?					
15	На Ваш взгляд, необходимо ли устраивать 30 минутный перерыв во время каждого занятия?	1	2	3	4	5
16	Считаете ли вы, что при обучении больных СД 2 типа нужно применять компьютерные технологии?	1	2	3	4	5
17	Считаете ли вы, что для контроля освоения материала больными СД 2 типа нужно применять тесты?	1	2	3	4	5
18	Считаете ли вы, что решение ситуационных задач и ролевые игры являются хорошим методом закрепления пройденного материала?	1	2	3	4	5
19	Как вы думаете, какой вид обучения является наиболее эффективным?					
19.1	Групповое обучение (10 – 12 человек)	1	2	3	4	5
19.2	Индивидуальное обучение	1	2	3	4	5
20	Оцените, какие из ниже предложенных тем занятий, необходимо включать в программу обучения больных СД 2 типа?					
20.1	Понятие о СД (причины развития, клинические признаки)	1	2	3	4	5
20.2	Самоконтроль сахарного диабета	1	2	3	4	5
20.3	Пищевое поведение	1	2	3	4	5
20.4	Психосоциальная сторона жизни пациента с СД	1	2	3	4	5
20.5	Осложнения СД и их профилактика	1	2	3	4	5
20.6	Гипогликемия, диабетическая кома и их профилактика	1	2	3	4	5
20.7	Инсулинотерапия	1	2	3	4	5

Спасибо за участие!

Сестринская программа терапевтического обучения больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа

I. Область применения

Данная программа предназначена для бакалавров по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело», оказывающих лечебно – диагностическую и медико – профилактическую помощь пациентам с сахарным диабетом 2 типа амбулаторно и в условиях стационара. Она посвящена проблеме терапевтического обучения больных в Школах самоконтроля сахарного диабета, которое является неотъемлемой частью диабетологической помощи нашей страны.

II. Общие положения

2.1 Настоящая программа обучения подготовлена в соответствии с:

1. Приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. N 899н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»;

2. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 03 сентября 2015 № 964 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата)»;

3. структурированными программами обучения больных сахарным диабетом 2 типа ФГУ «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.2 Данная программа является универсальной моделью, которая может быть адаптирована к условиям конкретной медицинской организации.

2.3 Обучение больных с сахарным диабетом 2 типа является основным компонентом лечебного процесса. Оно должно обеспечивать больных знаниями и умениями, необходимыми для достижения конкретных терапевтических целей:

- предупреждение развития острых и поздних осложнений;

- достижение и поддержание стабильной компенсации сахарного диабета;
- адаптацию к социальной среде, трудовой деятельности;
- формирование мотивации правильного поведения, связанного с заболеванием.

2.4 Общая характеристика программы обучения.

2.4.1 Социальная значимость программы.

Социальная миссия данной образовательной программы состоит в передаче необходимой информации пациентам для оптимального управления своей жизнью с заболеванием, что благоприятно сказывается на клинико – метаболических показателях и уровне социальной адаптации: выбор профессии, планирование семьи, отдых и т.д., а также в формировании мотивации и новых психологических установок для изменений в поведении, связанных с заболеванием.

2.4.2 Нормативный срок освоения программы обучения составляет 7 дней.

2.4.3 Трудоемкость программы составляет 14 часов.

2.4.4 Требования к слушателям.

В школу самоконтроля сахарным диабетом направляются все пациенты, не проходившие обучение (первичный курс), и пациенты, уже прошедшие обучение (повторный курс), для укрепления и систематизации знаний, умений и навыков самоконтроля СД 2 типа.

Наиболее эффективна форма обучения в группах из 7-10 человек. Индивидуальное обучение проводят чаще для детей, а также при первичном обучении взрослых с впервые выявленным диабетом и беременных.

Критериями исключения больных из группы обучения являются:

1. существенное снижение остроты зрения, что делает невозможным проведение самоконтроля;
2. терминальная стадия хронической почечной недостаточности;
3. обострение сопутствующих заболеваний.

Индивидуальное обучение показано с выраженными осложнениями СД и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Обучение должно проводиться с учетом перечисленных трудностей, желательно совместно с родственниками.

III. Ресурсное обеспечение

3.1 Структура и штатная численность Школы самоконтроля больных диабетом устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создана Школа, исходя из потребностей, объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения.

3.2 Оснащение Школы самоконтроля для больных диабетом осуществляется в соответствии со стандартом оснащения¹ (табл. 1).

3.3 Для обучения применяются печатные (плакаты, таблицы, рисунки) и электронные методические пособия (презентации), различные оценочные средства (тесты, ситуационные задачи).

Табл. 1 – Стандарт оснащения

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1.	Стулья	12
2.	Столы без тумбочек	5
3.	Кресло для обучающего	1
4.	Доска маркерная (с набором маркеров)	1
5.	Тумбочки	2
6.	Шкаф платяной	1
7.	Шкаф для размещения наглядных пособий	1
8.	Образцы препаратов инсулина и средств введения	
9.	Глюкометр	2
10.	Весы (для взвешивания продуктов с интервалом 1 г)	1
И.	Весы напольные для взвешивания больных	1
12.	Комплект муляжей продуктов	1
13.	Комплекты структурированных программ обучения	
14.	Копировальный аппарат	1
15.	Компьютер с принтером	1
16.	Мультимедийный проектор	1
17.	Тест-полоски для определения гликемии	5 шт./1 больного/в день
18.	Тест-полоски для определения кетоновых тел в моче	5 упаковок по 50 штук в год
19.	Ланцеты для взятия крови из пальца	100 упаковок

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 899н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"»

IV. Тематический план занятий в школе самоконтроля для больных сахарным диабетом (СД) 2 типа (табл. 2)

Табл. 2 – Тематический план

№ п/п	Наименование раздела (темы)	Количество часов
1	Понятие о СД	2
2	Самоконтроль при СД 2 типа	2
3	Пищевое поведение при СД 2 типа	2
4	Психосоциальная сторона жизни с СД 2 типа	2
5	Осложнения СД и их профилактика	2
6	Инсулинотерапия	2
7	Гипогликемия и диабетическая кома, их профилактика	2
Итого		14

V. Поурочное планирование занятий в Школе самоконтроля для больных СД 2 типа (табл. 3)

Табл. 3 – Поурочное планирование занятий

№ п/п	Содержание
1	<p>Тема занятия Общее понятие о сахарном диабете (СД).</p> <p>Актуальность темы Данная тема помогает сформировать фундаментальную базу знаний о СД, необходимую для понимания причин появления, механизмов развития и методах лечения данного заболевания.</p> <p>Цель занятия Дать слушателям целостное представление о СД: этиологии, патогенезе, клинических проявлениях и диагностике.</p> <p>Задачи занятия Пациент должен узнать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Основы анатомии и физиологии поджелудочной железы; 2. О роли глюкозы в организме человека; 3. Нормальные показатели глюкозы крови; 4. Признаки повышенного уровня глюкозы крови; 5. Что такое СД, его типы; 6. Причины развития СД; 7. О диагностике СД. <p>Общая планируемая продолжительность занятия 90 минут, с тридцатиминутным перерывом.</p> <p>План – конспект занятия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вводная часть (20 минут): <ul style="list-style-type: none"> - приветствие, знакомство со слушателями; - организационные вопросы; - тестовый контроль исходного уровня знаний;

	<p>- оглашение темы и цели занятия.</p> <p>2. Основная часть (60 минут):</p> <p>2.1 Актуальность темы занятия (5 минут). Данные статистики заболеваемости СД в России и за рубежом.</p> <p>2.2 Основы анатомии и физиологии поджелудочной железы, механизм регуляции уровня глюкозы крови в организме человека. Инсулин (5 минут).</p> <p>2.3 Нормальные показатели уровня глюкозы крови и гипергликемия (5 минут).</p> <p>2.4 СД - состояние, характеризующееся гипергликемией из – за недостатка или отсутствия инсулина в крови. Типы СД и их принципиальные различия. Причины развития СД и его клинические проявления. Диагностика СД и критерии постановки диагноза СД 2 типа (15 минут).</p> <p>2.5 Основные методы лечения СД 2 типа: диетотерапия, таблетированные сахароснижающие препараты и инсулинотерапия (5 минут).</p> <p>3. Заключительная часть (5 минут):</p> <ul style="list-style-type: none"> - подведение итогов занятия; - ответы на вопросы слушателей; - установление обратной связи путем краткого опроса по основным понятиям о заболевании. <p>Наглядный методический материал</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Таблица «Анатомия поджелудочной железы»; 2. Таблица «Схема действия инсулина»; 3. Рисунок «Содержание глюкозы в крови».
2	<p>Тема занятия Самоконтроль при СД 2 типа.</p> <p>Актуальность темы Данная тема помогает сформировать мотивацию к осуществлению самоконтроля, как основного метода контроля метаболических показателей при СД, научить правилам получения и интерпретации данных уровня глюкозы крови/мочи, кетоновых тел в моче.</p> <p>Цель занятия Дать слушателям целостное представление о самоконтроле СД 2 типа.</p> <p>Задачи занятия Пациент должен узнать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О необходимости осуществления самоконтроля; 2. целевые значения при проведении самоконтроля; 3. О методиках и средствах определения глюкозы крови в крови/моче, кетоновых тел в моче; 4. О механизмах работы и правила обращения с глюкометром; 5. О понятии почечного порога; 6. О понятии гликированного гемоглобина. <p>Пациент должен овладеть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методиками определения глюкозы крови в крови/моче, кетоновых тел в моче; 2. Интерпретацией полученных данных; 3. Правилами заполнения Дневника самоконтроля. <p>Общая планируемая продолжительность занятия 90 минут, с тридцатиминутным перерывом.</p> <p>План – конспект занятия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вводная часть (5 минут): <ul style="list-style-type: none"> - приветствие; - организационные вопросы, проверка присутствующих;

	<p>- оглашение темы и цели занятия.</p> <p>2. Основная часть (65 минут):</p> <p>2.1 Актуальность темы занятия (5 минут). Самоконтроль – метод самостоятельного контроля обмена веществ, как основа профилактики осложнений СД, а также нормализации общего самочувствия и выбора способа коррекции терапии.</p> <p>2.2 Определение глюкозы крови экспресс – методом: визуальный и при помощи глюкометра. Глюкометр: виды, механизм работы и правила ухода за ним. Контроль уровня глюкозы крови при помощи глюкометра и тест - полосок. Прокол пальца и нанесение капли крови. Частота самоконтроля, целевые значения уровня глюкозы до и после еды, интерпретация полученных результатов (20 минут).</p> <p>2.3 Самоконтроль уровня глюкозы в моче. Понятие почечного порога. Методика определения глюкозы в моче экспресс – методом при помощи тест – полосок. Достоинства и недостатки методики. Интерпретация результатов (5 минут).</p> <p>2.4 Самоконтроль ацетона в моче: причины появления кетоновых тел в моче, методика определения и интерпретация результатов (5 минут).</p> <p>2.5 Дневник самоконтроля: структура, правила заполнения (10 минут).</p> <p>2.6 Гликированный гемоглобин – параметр объективной оценки компенсации углеводного обмена. Частота определения HbA1c и интерпретация результатов (5 минут).</p> <p>3. Заключительная часть (15 минут):</p> <ul style="list-style-type: none"> - подведение итогов занятия; - ответы на вопросы слушателей; - установление обратной связи путем краткого опроса по основным понятиям самоконтроля. <p>Наглядный методический материал</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рисунок «Определение глюкозы крови при помощи глюкометра»; 2. Рисунок «Определение глюкозы/кетоновых тел в моче экспресс - методом»; 3. Рисунок «Гликированный гемоглобин»; 4. Набор для определения глюкозы в крови/моче, кетоновых тел в моче; 5. Дневник самоконтроля диабетика.
3	<p>Тема занятия</p> <p>Пищевое поведение при СД 2 типа.</p> <p>Актуальность темы</p> <p>Данная тема формирует знания об основных веществах пищи, характеристиках углеводсодержащих продуктах, и, навыки эквивалентной замены продуктов питания для разнообразия своего рациона. Так же помогает сформировать мотив к соблюдению диетических рекомендаций всю свою жизнь.</p> <p>Цель занятия</p> <p>Дать слушателям целостное представление о пищевом поведении при СД 2 типа, методах снижения веса.</p> <p>Задачи занятия</p> <p>Пациент должен узнать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Три основных вида питательных веществ (Б, Ж, У); 2. О продуктах, содержащих углеводы; 3. О различных видах углеводов; 4. О сахарозаменителях; 5. О системе хлебных единиц (ХЕ); 6. О потреблении алкоголя при СД; 7. О принципах снижения массы тела. <p>Пациент должен овладеть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методикой подсчета ХЕ;

	<p>2. Подсчетом идеальной массы тела; 3. Эквивалентно заменять продукты питания и составлять свой пищевой рацион.</p> <p>Общая планируемая продолжительность занятия 90 минут, с тридцатиминутным перерывом.</p> <p>План – конспект занятия</p> <p>1. Вводная часть (5 минут): - приветствие; - организационные вопросы, проверка присутствующих; - оглашение темы и цели занятия.</p> <p>2. Основная часть (65 минут):</p> <p>2.1 Актуальность темы занятия (5 минут). Основной причиной гипергликемий при СД 2 типа является избыточный вес и при его снижении, как правило, уровень глюкозы крови также снижается. Диета при СД 2 типа очень разнообразна, полноценна и сбалансирована.</p> <p>2.2 Основные компоненты пищи и их калорийность: белки, жиры и углеводы. Продукты содержащие белки, жиры и углеводы (5 минут).</p> <p>2.3 Углеводы – незаменимый источник энергии, который нельзя исключать из рациона питания. Виды углеводов: простые (глюкоза, фруктоза) и сложные (крахмал). Продукты содержащие углеводы и их влияние на уровень глюкозы крови. (10 минут).</p> <p>2.4 Режим и рацион питания. Три группы продуктов: низкокалорийные (овощи, за исключением картофеля, зелень), умеренной калорийности (нежирные сорта мяса и рыбы, картофель, нежирные молочные продукты) и калорийные продукты (сахар, кондитерские изделия, консервы). Дробность питания: 5-6 раз в день, маленькими порциями (15 минут).</p> <p>2.5 Сахарозаменители: калорийные (ксилит, сорбит, фруктоза) и некалорийные (аспартам, цикламин, сахарин). Диабетические продукты питания (5 минут).</p> <p>2.6 Употребление алкоголя при СД 2 типа. Калорийность и отсроченная гипогликемия (5 минут).</p> <p>2.7 Система хлебных единиц (ХЕ): подсчёт ХЕ, продукты, требующие и не требующие подсчета (5 минут)</p> <p>2.8 Избыточная масса тела. Подсчет идеальной массы тела. Правила снижения веса (главные продукты овощи и зелень, мясо и картофель являются гарниром, отказ от высококалорийных продуктов: жиров, алкоголя) (5 минут).</p> <p>3. Заключительная часть (5 минут): - подведение итогов занятия; - ответы на вопросы слушателей; - установление обратной связи путем краткого опроса по основным понятиям пищевого поведения.</p> <p>Наглядный методический материал</p> <p>1. Рисунок «Основные компоненты пищи»; 2. Рисунки «Три группы продуктов»; 3. Таблицы «Калорийность продуктов»; 4. Таблицы «Подсчет ХЕ»; 5. Плакат «Простые и сложные углеводы».</p>
4	<p>Тема занятия Психосоциальная сторона жизни с СД 2 типа.</p> <p>Актуальность темы Данная тема способствует становлению активной позиции слушателя в контроле и лечении своего заболевания, поддержанию положительного эмоционального фона. Также формирует новые психологические установки, поведение, связанное с</p>

<p>заболеванием. Помогает справиться с проявлениями агрессии, стресса и депрессии.</p> <p>Цель занятия Дать слушателям целостное представление о психологических особенностях людей с хроническим заболеванием, о субъективном представлении болезни и этапах принятия заболевания, изменении жизненного уклада слушателя.</p> <p>Задачи занятия Пациент должен узнать: 1. О внутренней картине болезни (ВКБ); 2. Об этапах принятия заболевания и о рациональных методах помощи на каждом этапе; 3. О возможных проблемах с родственниками и друзьями, обусловленными заболеванием; 4. О совмещении профессиональной деятельности и СД 2 типа; 5. О физической активности при СД 2 типа. Пациент должен овладеть: 1. Методиками релаксации и саморегуляции.</p> <p>Общая планируемая продолжительность занятия 90 минут, с тридцатиминутным перерывом.</p> <p>План – конспект занятия 1. Вводная часть (5 минут): - приветствие; - организационные вопросы, проверка присутствующих; - оглашение темы и цели занятия. 2. Основная часть (65 минут): 2.1 Актуальность темы занятия (5 минут). Любая хроническая болезнь ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека. Психика хронически больных приобретает особую специфику, жизненные ценности получают иные смысловые характеристики, изменяется самосознание. 2.2 Понятие ВКБ: уровни (В.В. Николаева) - чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный. Исследование ВКБ с помощью Личностного опросника бехтеревского института (ЛОБИ) (15 минут). 2.3 Принятие болезни. Этапы: отрицание, протест, торговля, осознание и принятие. Рациональная тактика психологической поддержки на каждом этапе (10 минут). 2.4 Возникновение различного рода проблем в общении с родственниками и друзьями, обусловленными заболеванием. Создание благоприятного психологического климата, перераспределение обязанностей (10 минут). 2.5 Методики релаксации (дыхательная гимнастика, физическая активность, йога, музыка) и саморегуляции (нервно – мышечная релаксация, идеомоторная тренировка, сенсорная репродукция образов, аутогенная тренировка) для борьбы со стрессом и негативными эмоциями (10 минут). 2.6 Профессиональная деятельность и СД: выбор профессии, общение с коллегами (5 минут). 2.7 Спорт и физические упражнения при СД 2 типа: ограничения в видах спорта, противопоказания и возможные осложнения (5 минут). 3. Заключительная часть (5 минут): - подведение итогов занятия; - ответы на вопросы слушателей; - установление обратной связи путем краткого опроса по основным понятиям.</p> <p>Методический материал: личностный опросник бехтеревского института (ЛОБИ).</p>

5	<p>Тема занятия Поздние осложнения СД 2 типа и их профилактика.</p> <p>Актуальность темы При длительной гипергликемии (декомпенсации СД) возрастает риск раннего появления осложнений (нейропатия, ретинопатия, нефропатия, ангиопатия), что значительно ухудшает прогноз заболевания и качество жизни человека.</p> <p>Цель занятия Дать слушателям целостное представление о возможном развитии осложнений СД 2 типа, их диагностики и методах профилактики.</p> <p>Задачи занятия Пациент должен узнать: 1. О органах – мишенях, которые подвержены поражению при СД 2 типа; 2. О правилах ухода за ногами; 3. О возможных сопутствующих заболеваниях. Пациент должен овладеть: 1. Методикой осмотра и ухода за ногами; 2. Методикой измерения артериального давления.</p> <p>Общая планируемая продолжительность занятия 90 минут, с тридцатиминутным перерывом.</p> <p>План – конспект занятия 1. Вводная часть (5 минут): - приветствие; - организационные вопросы, проверка присутствующих; - оглашение темы и цели занятия. 2. Основная часть (65 минут): 2.1 Актуальность темы занятия (5 минут). Причина развития всех осложнений СД – гипергликемия. Основа профилактики осложнений – контроль уровня глюкозы крови и поддержание его уровня в пределах близких к нормальным. 2.2 Повторение правил самоконтроля уровня глюкозы крови (5 минут). 2.3 Диабетическая ретинопатия: симптомы, принципы лечения (10 минут). 2.4 Диабетическая нефропатия: симптомы, принципы лечения. Диагностика (определение белка в моче) (5 минут). 2.5 Диабетическая нейропатия: симптомы, принципы лечения. (5 минут). 2.6 Правила ухода за ногами. Ежедневный осмотр стоп. Средства для ухода. Диабетическая стопа (15 минут). 2.8 Сопутствующие заболевания: инфекционные болезни, атеросклероз и артериальная гипертензия. Целевые значения А/Д. Методика измерения А/Д (10 минут). 3. Заключительная часть (5 минут): - подведение итогов занятия; - ответы на вопросы слушателей; - установление обратной связи путем краткого опроса по основным понятиям.</p> <p>Наглядный методический материал 1. Электронный тонометр; 2. Плакат «Органы – мишени при СД»; 3. Плакат «Уход за ногами при СД».</p>
6	<p>Тема занятия Инсулинотерапия при СД 2 типа.</p> <p>Актуальность темы Некоторые больные СД 2 типа нуждаются в постоянном лечении инсулином. Это происходит при отсутствии эффекта диеты, физических нагрузок и таблетированных</p>

	<p>сахароснижающих препаратов.</p> <p>Цель занятия Дать слушателям целостное представление о инсулинотерапии: видах инсулина, продолжительности действия, режимах дозирования и местах инъекций.</p> <p>Задачи занятия Пациент должен узнать: 1. О видах инсулина; 2. О режимах введения инсулина; 3. О правилах хранения инсулина; 4. О принципах увеличения/уменьшения дозы инсулина; 5. О возможных осложнениях инсулинотерапии</p> <p>Пациент должен овладеть: 1. Техникou инъекции инсулина с помощью шприца; 2. Техникou введения инсулина с помощью шприц – ручки.</p> <p>Общая планируемая продолжительность занятия 90 минут, с тридцатиминутным перерывом.</p> <p>План – конспект занятия 1. Вводная часть (5 минут): - приветствие; - организационные вопросы, проверка присутствующих; - оглашение темы и цели занятия. 2. Основная часть (65 минут): 2.1 Актуальность темы занятия (5 минут). Число больных с СД 2 типа, требующих лечения инсулином, неуклонно возрастает. Инсулинотерапия требует определенных знаний и умений со стороны больного. 2.2 Краткая история открытия инсулина Ф. Бантингом и Ч. Бестом (5 минут). 2.3 Виды инсулинов: по происхождению (животные, человеческие) и по продолжительности действия (ультракороткие, короткие, пролонгированные и смешанные). Продолжительность действия (10 минут). 2.4 Нормальная секреция инсулина. Режимы введения инсулина: традиционная и интенсифицированная (достоинства и недостатки) (5 минут). 2.5 Оценка адекватности инсулинотерапии на основе данных глюкозы крови. Правила увеличения и уменьшения доз инсулина (10 минут). 2.6 Техника инъекций инсулина при помощи шприца, шприц – ручки. Места введения инсулина, правила хранения инсулина. Осложнения инсулинотерапии (30 минут). 3. Заключительная часть (10 минут): - подведение итогов занятия; - ответы на вопросы слушателей; - установление обратной связи путем краткого опроса по основным понятиям.</p> <p>Наглядный методический материал 1. Плакат «Продолжительность действия инсулина»; 2. Плакат «Режимы введения инсулина»; 3. Рисунки «Коррекция доз инсулина в зависимости от гипо-, гипергликемии в разное время».</p>
7	<p>Тема занятия Гипогликемия и диабетическая кома.</p> <p>Актуальность темы Гипогликемия является острым осложнением СД, которое может привести к потере сознания (коме).</p> <p>Цель занятия</p>

	<p>Дать слушателям целостное представление о гипогликемии и диабетической коме: симптомы, профилактика и методы лечения.</p> <p>Задачи занятия</p> <p>Пациент должен узнать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О причинах развития гипогликемии и кетоацидоза; 2. О симптомах гипогликемии; 3. О принципах лечения гипогликемии и кетоацидоза. <p>Пациент должен овладеть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Навыками оказания самопомощи при гипогликемии. <p>Общая планируемая продолжительность занятия 90 минут, с тридцатиминутным перерывом.</p> <p>План – конспект занятия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вводная часть (5 минут): <ul style="list-style-type: none"> - приветствие; - организационные вопросы, проверка присутствующих; - оглашение темы и цели занятия. 2. Основная часть (65 минут): <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Актуальность темы занятия (5 минут). Гипогликемия является грозным осложнением СД, требующим неотлагательных действий со стороны больного или его родственников. Кетоацидоз – состояние, характеризующееся высоким уровнем глюкозы крови и наличием кетоновых тел в моче, требующее оказания врачебной помощи. 2.2 Гипогликемия. Причины развития, объективные и субъективные симптомы. Самодиагностика гипогликемий. Методы профилактики и лечения гипогликемии (10 минут). 2.3 Диабетическая кома. Причины развития и симптомы. Самодиагностика кетоацидоза и принципы лечения (10 минут). 3. Заключительная часть (40 минут): <ul style="list-style-type: none"> - подведение итогов занятия; - ответы на вопросы слушателей; - установление обратной связи путем краткого опроса по основным понятиям; - итоговое тестирование и проверка результатов. <p>Наглядный методический материал</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Плакат «Гипогликемия»; 2. Тестовые задания.
--	--

VI. Тестовый контроль для пациентов с СД 2 типа (табл. 4)

Таблица 4 – тесты для пациентов

Выберете один или несколько вариантов ответа.

#	Вопрос
Блок 1 – Понятие о сахарном диабете	
1	<p>Какой гормон вырабатывает поджелудочная железа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пролактин 2. Глюкозу 3. Инсулин 4. Глюкагон 5. Тироксин

2	<p>Выберите значения глюкозы крови, которые находятся в пределах нормы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 9,5 ммоль/л 2. 4,2 ммоль/л 3. 1,3 ммоль/л 4. 15 ммоль/л 5. 5,3 ммоль/л
3	<p>Какие из представленных ниже видов лечения применяется в терапии СД 2 типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инсулинотерапия 2. Диетотерапия 3. Иглоукалывание 4. Таблетированные препараты 5. Рациональная физическая нагрузка
4	<p>Укажите основные признаки повышенного уровня глюкозы крови:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сухость во рту 2. Жажда 3. Учащенное мочеиспускание 4. Боли в животе 5. Увеличение объема выделяемой мочи
Блок 2 – Самоконтроль сахарного диабета	
5	<p>Когда необходимо проверять уровень глюкозы крови?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Только натощак 2. Перед приемом пищи 3. Через 20 минут после еды 4. Через 2 часа после еды 5. Только на ночь
6	<p>К какому уровню глюкозы крови после еды необходимо стремиться?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ниже 12 ммоль/л 2. Ниже 8 ммоль/л 3. Ниже 3 ммоль/л 4. 15 ммоль/л 5. Не знаю
7	<p>При каком уровне глюкозы крови определяется глюкоза в моче?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5,5 ммоль/л 2. Более 10 ммоль/л 3. 7,2 ммоль/л
8	<p>Гликированный гемоглобин помогает оценить средний уровень глюкозы крови в течении какого периода времени?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5 дней 2. 3 месяца 3. 1 год 4. Не знаю
Блок 3 – Пищевое поведение	
9	<p>Какие из составных частей пищи повышают уровень глюкозы крови?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Белки 2. Углеводы 3. Жиры

10	Какой напиток можно употреблять без ограничения? 1. Виноградный сок 2. Молоко 3. Пиво 4. Минеральная вода
11	Какой продукт повышает уровень глюкозы крови? 1. Картофельное пюре 2. Фруктовые соки 3. Мед 4. Фасоль 5. Бананы
12	У больного с СД, имеющим избыточный вес инсулин действует? 1. Одинаково со здоровым человеком 2. Намного лучше 3. Хуже
13	Употребление алкоголя может вызвать: 1. Нормализацию уровня глюкозы крови 2. Гипогликемию 3. Нарушение работы печени 4. Не знаю
14	Одна хлебная единица соответствует? 1. 5 г углеводов 2. 10-12 г углеводов 3. 12 г жира 4. 10 г белка
15	Одна хлебная единица равна: 1. Двум бананам 2. Одному куску белого хлеба 3. Половине банана 4. Двум персикам
16	Какое из веществ является «быстрым» углеводом? 1. Глюкоза 2. Крахмал 3. Фруктоза 4. Инсулин
17	Какие продукты необходимо учитывать в своем рационе? 1. Белый хлеб 2. Фасоль 3. Виноград 4. Белое мясо курицы 5. Картофель
18	Как часто нужно принимать пищу? 1. 3 раза в день 2. 5-6 раз в день небольшими порциями 3. 8 раз в день небольшими порциями

19	<p>Выберите сахарозаменитель, не имеющий калорий?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сорбит 2. Аспартам 3. Сахарин 4. Ксилит
Блок 4 – Психосоциальная сторона жизни с сахарным диабетом	
20	<p>Собственное представление о болезни называется?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мотивация 2. Внутренняя картина болезни 3. Потребность 4. Не знаю
21	<p>Сколько стадий принятия болезни Вы знаете?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Две стадии 2. Пять стадий 3. Восемь стадий 4. Затрудняюсь ответить
22	<p>Какими профессиями не рекомендовано заниматься с СД 2 типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Швея 2. Летчик 3. Акробат 4. Педагог
23	<p>Необходима ли рациональная физическая нагрузка?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить
24	<p>Каким видом спорта можно заниматься с СД 2 типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бег, если нет заболеваний сердца 2. Ходьба 3. Прыжки с парашютом 4. Плавание
Блок 5 – Осложнения сахарного диабета	
25	<p>Какие органы страдают при СД?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Печень 2. Ноги 3. Глаза 4. Уши 5. Почки
26	<p>У здорового человека определяется белок в моче?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить
27	<p>Снижение чувствительности пальцев ног и рук говорит о развитии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нефропатии 2. Нейропатии 3. Поражении кожи 4. Поражении печени

28	<p>Как часто необходимо осматривать кожу стоп?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Раз в неделю 2. Каждый вечер 3. Один раз в месяц 4. Два раза в неделю
29	<p>Какими предметами запрещено пользоваться при уходе за ногами?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лезвие 2. Заостренные ножницы 3. Безопасные ножницы 4. Крем для ног
Блок 6 – Гипогликемия и диабетическая кома	
30	<p>Гипогликемия это?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Глюкоза крови выше 5,5 ммоль/л 2. Глюкоза крови ниже 3,3 ммоль/л 3. Глюкоза крови равная 2,1 ммоль/л 4. Затрудняюсь ответить
31	<p>Для диабетической комы характерно появление в моче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Солей 2. Ацетона (кетоновых тел) 3. Меди 4. Затрудняюсь ответить
32	<p>При снижении уровня глюкозы крови необходимо?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выпить виноградный сок 2. Уколоть инсулин 3. Выпить воды 4. Съесть 3-5 кусочков сахара 5. Затрудняюсь ответить
Блок 7 - Инсулинотерапия	
33	<p>Как следует вводить инсулин?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В вену 2. Подкожно 3. Внутримышечно 4. Затрудняюсь ответить
34	<p>Через какой промежуток времени необходимо принять пищу после инъекции короткого инсулина?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Через час 2. Через 15-30 минут 3. Через 2 минуты 4. Затрудняюсь ответить
35	<p>Какие осложнения могут возникнуть при инсулинотерапии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипогликемия 2. Синяки 3. Липодистрофии 4. Затрудняюсь ответить
36	<p>Если гипогликемия произошла в 3 часа ночи, то следует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уменьшить дозу инсулина перед ужином 2. Уменьшить дозу инсулина на ночь 3. Увеличить дозу инсулина перед обедом 4. Затрудняюсь ответить

37	При повышении уровня глюкозы крови на ночь необходимо: 1. Уколоть больше продленного инсулина 2. Уколоть внепланово короткий инсулин 3. Затрудняюсь ответить
38	Увеличение или уменьшение разовой дозы инсулина возможно на: 1. 20% 2. 5% 3. 10% 4. Затрудняюсь ответить
39	Инсулин, находящийся у Вас в запасе, следует хранить: 1. При комнатной температуре 2. В морозильнике 3. В холодильнике 4. Затрудняюсь ответить
40	Где быстрее всего всасывается инсулин? 1. Плечо 2. Бедро 3. Живот 4. Затрудняюсь ответить
41	Куда желательно вводить инсулин короткого действия? 1. Плечо 2. Живот 3. Бедро 4. Затрудняюсь ответить