

Лекция 9. Основы медико-просветительской деятельности врача

1. История развития профилактического направления в медицине
2. Профилактика: понятие, виды, формы и уровни воздействия.
3. Просветительская работа: цели, задачи, методы и средства.

1. Из истории развития профилактического направления в медицине

История – сокровищница наших деяний,
свидетельница прошлого, пример и
поученье для настоящего,
предостережение от будущего.

Сервантес

Как указывается в Большой медицинской энциклопедии (том 2.1, стр. 250, 1983 г.): «Профилактика зародилась в связи с попытками эмпирического поиска средств предохранения от болезней и несчастных случаев в виде элементов индивидуальной и личной гигиены. Возникновение общественной профилактики связано с развитием государства и обязанностей его органов и учреждений по осуществлению предохранительных мер в первую очередь от массовых заболеваний населения».

Уже в первобытной общине были сформированы определенные санитарные правила и запреты, касающиеся постройки жилищ, уходу за чистотой тела и др. Народная медицина в то время располагала рядом профилактических гигиенических приемов (физические методы, профилактический прием лекарств и др.). Гигиенические рекомендации, включая режим дня, гимнастику, чистоту тела, регламентации сна и приемов пищи и др., вошли в обиход многих народов и нашли отражение даже в религиозных установлениях (например, Моисеевы заповеди и др.).

Великий Гиппократ говорил: «...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности».

Образ жизни древних египтян был целесообразно урегулирован, в нем было очень много рационального. Так, рекомендовалось рано вставать, ежедневно заниматься гимнастикой и обтирать все тело прохладной водой, поощрялись занятия спортом, гимнастика и некоторые виды спорта входили в число занятий во всех древнеегипетских школах.

В рабовладельческую эпоху появились элементы общественной санитарии. Так, в Спарте существовала целая система правил гигиенического и физического воспитания, а законами Древнего Рима предусматривались меры санитарного характера (правила пользования водой, контроль за пищевыми продуктами и др.).

Большую известность получили профилактические меры, изложенные в «Салернском кодексе здоровья» (XIV в.), одна из заповедей которого гласит: «Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими трое: веселый характер, покой и умеренность в пище».

Значение профилактических мер высоко ценили средневековые врачи Армении, Грузии, Средней Азии. Особое место в развитии профилактики занимает великий врач, поэт и философ Ибн Сина (Авиценна), который в своих трудах, и особенно в «Каноне врачебной науки», первостепенное значение уделял диететике, режиму питания и сна, физическим упражнениям. По сути, он в поэтической форме изложил основные принципы профилактической медицины.

Здоровье сохранить – задача медицины,
Болезней суть понять и устранить причины.
Не забывай о том, Что от болезни лучшая защита,
Лечить болезнь, пока она сокрыта.
И снова повторю: лечи причины,
В том главный принцип нашей медицины.

Вплоть до XVIII-XIX вв. профилактическая медицина, по сути, была эмпирической, т.е. ее рекомендации не были научно обоснованы. Многолетний опыт медицины свидетельствует о том, что люди научились предупреждать болезни раньше, чем становились ясными причины и механизмы их развития.

Так, Э. Дженкер произвел прививки против оспы в 1796 г. – более чем за 100 лет до открытия возбудителя этой болезни. Или другой пример: люди умели предупредить развитие цинги (например, употреблением квашеной капусты в рационе морских экспедиций) задолго до открытия витамина С, дефицит которого является причиной развития данной болезни. В эпоху Возрождения усилилась профилактическая направленность медицины. Накопленный опыт явился поводом к созданию профилактической медицины, основанной на достижениях фундаментальной науки. В частности, Ф. Бэкон считал укрепление здоровья, искоренение болезни, продление жизни человека основными задачами медицины.

Профилактическая направленность всегда являлась сутью, основным принципом нашей отечественной медицины.

Киевский князь Владимир Мономах в своем «Поучении» к детям писал о том, что угнетение психики, как и лень – первые ступени к болезням, а труд является условием гармоничного развития организма человека.

В произведениях X-XIII вв. (Иллариона Киевского, Нестора, Владимира Мономаха и др.) упоминаются сведения о лечебной диететике, почерпнутых из народной медицины восточных славян, например, назначение сырой печени трески – при куриной слепоте, или витаминосодержащих овощей и ягод (хрен, редька, лук, морощка и др.) – при цинге. В древнерусском врачевании большое значение придавали предупреждению болезней.

В связи с развитием общественной жизни уже в X-XI вв. определился круг санитарно-гигиенических правил выбора местности для поселений и источников доброкачественной питьевой воды, обустройства жилищ (кладовые для хранения пищевых продуктов, естественная освещенность помещений и др.). В народном быту огромная оздоровительная роль принадлежала русской бане.

Ближайший помощник Суворова талантливый военный врач штабс-лекарь Ефим Белопольский в составленных им «Правилам медицинским чинам» требовал: «Причины болезней изыскивать не в лазаретах между больными, но между здоровыми в пешках, батальонах, ротах, исследовав их пищу, питье, строение казарм и землянок, время их построения, пространство и тесноту, чистоту, поваренную посуду, все содержание, о чем доносить полковому командиру». В этом положении заложены идеи предупреждения заболеваний, составляющие основу военной гигиены.

Россия дала отечественной и мировой науке таких замечательных представителей медицины, совершивших переворот в медицинской науке XIX в., как М.Я. Мудров, И.А. Дядьковский, С.П. Боткин, Т.А. Захарьин, А.А. Остроумов. Мудров произнес «Слово о пользе и предметах военной гигиены, или науке охранять здоровье военнослужащих». В 1820 г. он писал: «Взять на свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней... предписывать им надлежащий образ жизни есть честно и для врача покойно. Ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить». Мудров погиб, исполнив свой врачебный долг во время эпидемии холеры после вскрытия трупа больного.

2. Понятие профилактики. Структура и функции профилактической деятельности

Профилактика (греч. Prophylaktikos – *предохранительный*) – комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Профилактика в здравоохранении (от греч. prophylaktikos – *предохранение, предупреждение*) – практическая деятельность, посредством которой удается добиться сохранения и улучшения здоровья народонаселения, воспитания здорового молодого поколения, обеспечения высокой трудоспособности и продолжительной активной жизни.

Профилактические мероприятия – важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Профилактика заболеваний (Diseases Prevention) - система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии **здоровья** и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшения их неблагоприятных последствий.

Согласно определению ВОЗ, **профилактика заболеваний** – мероприятия, направленные на предупреждение болезней: борьбу с факторами риска, иммунизация, замедление развития заболеваний и уменьшение его последствий (ВОЗ, 1999 г.).

Профилактические мероприятия могут быть нескольких уровней, медицинского и немедицинского характера.

К мероприятиям немедицинского характера относятся: обеспечение нормативных условий труда и профилактика травматизма, охрана окружающей природной среды, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, организуемое и проводимое органами государственного и муниципального управления, объектами экономики, общественными организациями, населением и т.д.

Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома и т.д. называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Медицинская профилактика – система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения.

Медицинская профилактика по отношению к населению определяется как:

- **индивидуальная** - профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами;

- **групповая** - профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц; имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы);

- **популяционная** (массовая) – профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом. Популяционный уровень профилактики, как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями - это местные программы профилактики или массовые кампании, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Виды профилактики

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии можно рассмотреть три вида профилактики.

Первичная профилактика – система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т.д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Вакцинация – распространённый способ первичной профилактики.

Профилактика первичная (Primary prevention) - комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения, отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

Первичная профилактика включает:

А) Меры по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического контроля.

Б) Меры по формированию здорового образа жизни, в том числе:

- создание информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний всех категорий населения о негативном влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения;

- обучение здоровью;

- меры по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;

– побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

В) Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.

Г) Выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для **здоровья** факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению с целью снижения уровня действия факторов риска.

Виды профилактических медицинских осмотров:

– при приеме на работу или поступлении в учебное заведение;

– при приписке и призыве на воинскую службу;

– для экспертизы допуска к профессии, связанной с воздействием вредных и опасных производственных факторов либо с повышенной опасностью для окружающих;

– для раннего выявления социально-значимых заболеваний, таких как онкологические, сердечно-сосудистые, туберкулез и др.;

– осмотров профессиональных групп (декретированных контингентов) работников общественного питания, торговли, детских учреждений и т.д.) с целью предупреждения распространения ряда заболеваний.

Д) Проведение иммунопрофилактики различных групп населения.

Е) Оздоровление лиц и групп населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Перед здравоохранением всегда стояла задача определить объем гигиенических знаний, который должен стать основой для гигиенического воспитания различных групп населения. Объем информации, который составляет основу пропагандистской работы, должен быть минимально необходимым и достаточным для решения задач первичной профилактики неинфекционных заболеваний. Первичная профилактика реализуется за счет навыков здорового образа жизни, который включает соблюдение режимов труда и отдыха, правил личной гигиены, принципов регулярного сбалансированного питания, навыков необходимой и достаточной физической нагрузки, предупреждение избыточных стрессовых состояний, отказ от курения, злоупотребления алкоголем и других вредных привычек, умение сознательно и целенаправленно использовать возможности современной медицины. Все эти составляющие здорового образа жизни в указанных пределах являются наиболее важными для реализации задач первичной профилактики перечисленных заболеваний.

Вторичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Профилактика вторичная (secondary prevention) - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Вторичная профилактика включает:

А) Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний.

Б) Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий.

В) Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения.

Г) Проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.

Д) Проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например: производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений и создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями и т.д.).

Примером организации работы по вторичной профилактике отдельных заболеваний, определяющих состояние заболеваемости, инвалидности и смертности населения, может быть опыт работы школ по профилактике гипертонической болезни сердца, сахарного диабета, бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и т.д.

Речь идет о конкретных, индивидуальных действиях медицинских работников первичного звена с группами пациентов с конкретными индивидуально-выявленными факторами риска по индивидуальной программе их устранения и регулярной оценкой состояния здоровья с учетом дополнительных методов лабораторно-инструментальных исследований.

В конечном итоге имеется в виду, что по истечении времени (3-5 лет), по мере снижения воздействия индивидуальных факторов риска, наступает улучшение состояния здоровья, снижается риск обострений, уменьшается потребность в обращении пациента на станцию скорой медицинской помощи, необходимости в стационарном лечении.

Некоторые специалисты предлагают термин **третичная профилактика** как комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

Профилактика третичная – реабилитация (син. восстановление здоровья) (Rehabilitation) – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса, предупреждения рецидивов и хронитизации заболевания.

Санитарное просвещение – деятельность по пропаганде научных медицинских знаний с целью обеспечения здорового образа жизни; гигиеническое воспитание и санитарное просвещение.

Цель – формирование сознательно активного гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных медицинских рекомендациях, нормативах и традициях.

Реализация цели предусматривает:

1) обеспечение населения необходимой научной медицинской информацией о здоровье и здоровом образе жизни;

2) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительскую деятельность.

Различают три типа пропаганды медицинских знаний: массовая, групповая, индивидуальная. Пропаганда здорового образа жизни включает следующие направления:

а) пропаганда рационального питания;

б) пропаганда физической культуры;

в) пропаганда психогигиены и гигиены умственного труда;

г) пропаганда гигиены быта;

д) пропаганда предотвращения развития вредных для здоровья привычек;

е) пропаганда семейных отношений и др.

Во всех случаях санитарное просвещение должно основываться на следующих принципах:

– научность (пропаганда тех сведений и положений, которые являются научным знанием, прочно установленным и утвержденным в науке);

– правдивость и объективность;

– дифференцированность и целенаправленность;

– массовость;

– систематичность;

- последовательность;
- комплексность;
- профильность.

3. Просветительская работа: цели, задачи, методы и средства.

Цели и задачи просветительской работы.

Традиционно особое место педагогическим знаниям отводится в области просвещения. «Сегодня охрана и укрепление здоровья населения занимает приоритетное место в государственной политике стран с социально ориентированной рыночной экономикой. Во всех экономических системах функция охраны и укрепления здоровья населения традиционно возлагается на здравоохранение»

1. Российское законодательство предусматривает ряд профилактических мер в области охраны здоровья граждан. Несомненно, что частью проводимых работ является и медико-просветительская деятельность.

«Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды». Таким образом, медико-просветительская деятельность представлена на двух разных уровнях. Уровень, соответствующий целям общественного здравоохранения, требует участия врачей в коммуникационных программах, направленных на продвижение идеи здоровья. Здесь они могут выступать как разработчики, эксперты и методисты. Уровень персонального общения с пациентом предполагает, что врач владеет тактикой проведения тематических бесед. Причем слушателями бывают не только пациенты или люди, подвергшиеся недугу, но и группы риска, родственники пациентов и просто отдельные группы населения, в отношении которых необходима медико-просветительская работа.

Для того чтобы у будущего врача сложилось более конкретное представление о том, каким образом он может участвовать в подобных общественных мероприятиях, мы предлагаем читателям ознакомиться с принципами построения коммуникационных программ, с требованиями, предъявляемыми к их ведущим, и с правилами сценирования отдельных занятий. В приложении 2 мы в качестве примера рассматриваем несколько сценариев таких занятий по различной тематике, подготовленных к реализации для разных адресатов.

Но сначала крайне важно получить общее представление о **методах и средствах просветительской работы врача** и ее специфике.

Методы и средства просветительской работы врача. Под методами просветительской деятельности принято понимать основные способы проведения мероприятий, направленных на установление осознанного и действенного отношения пациентов или потенциальных пациентов к своему образу жизни, здоровью и взаимодействию с врачом и медицинскими службами. Различаются устные, наглядные и комбинированные методы просветительской работы, каждый из которых включает определенный набор средств и приемов медико-педагогической деятельности.

В рамках устного метода наиболее часто медицинскими работниками используются лекции (различные формы проведения лекций и их особенности были рассмотрены в разделе 2.4).

Лекция — наиболее экономное средство работы. За небольшой период времени (45 — 60 мин) оказывается возможным осветить значительный по объему материал. Эпизодические (разовые) публичные лекции бывают посвящены какой-либо одной теме. Их можно проводить в самых различных аудиториях, однако они не подходят для просветительской работы среди детей. Цикловые лекции объединяют последовательный ряд взаимосвязанных тем. Обычно они предполагают постоянный состав аудитории.

Но лекциям присущи качества, ограничивающие их применение. В первую очередь лекция — это монолог, в котором говорит и действует только один человек — лектор. Слушатели остаются относительно пассивными, не имея возможности участвовать в проработке темы, проявлять активность, вставлять возникающие у них замечания, переспрашивать лектора. В случае если же изложение темы не очень последовательно, невыразительно, то внимание слушателей и их восприятие будут снижены. Устранить или смягчить эти недостатки — дело самого лектора. И хотя составление лекции и ее чтение — процесс творческий (о том, как

подготовить выступление или доклад, сказано в разделах 2-4), дадим самые общие рекомендации по ведению просветительской лекции.

Составляя план лекции, важно учитывать крайне важность осознанного выделения в ней трех главных частей любого устного выступления — введения, основной части и заключения. Нужно предусмотреть время на вопросы и связанные с ними разъяснения.

Любая лекция должна начинаться с введения. Есть два способа начать лекцию. Более простой: лектор называет тему, объясняет ее значение, чтобы слушатели сразу настроились на практическую значимость знаний и советов по данному вопросу. Но интереснее начать с какой-либо «завязки», к примеру рассказа о том или другом факте, эпизоде, иллюстрирующем главную проблему, которой посвящена лекция. Это должен быть эмоциональный («задевающий за живое»), красочный, может быть необычный факт из медицинской практики, почерпнутый из опыта самого лектора или известный ему из книг, газет и других средств информации. Такой прием сразу привлекает внимание слушателей, создает о проблеме и самом лекторе более эмоциональное и яркое впечатление, что важно для ее общего восприятия и осмысления.

Изложение основного содержания проблемы, как правило, состоит из нескольких частей. Первая обычно отводится на постановку проблемы: в ней подчеркивается и обосновывается крайне важность внимания к тем или иным медицинским знаниям. Так, в лекции на противоэпидемиологическую тему эта часть может состоять из рассказа об ущербе, который наносит болезнь самому заболевшему, о беспокойстве его близких, о физиологических и социальных последствиях течения заболевания и его осложнениях. При этом подробное описание клинического течения болезни в лекции недопустимо из соображений предупреждения самодиагностики, к которому нередко очень склонны пациенты. Целесообразно информировать слушателей лишь о первых субъективных признаках начинающейся болезни, способствуя тем самым своевременному обращению за медицинской помощью. Необходимо настойчиво разъяснять слушателям, что ставить диагноз, назначать лечение — дело врача. Вместе с тем, следует крайне осторожно приводить устрашающие и запугивающие примеры. Иногда они могут оказаться нужными, скажем, в случаях рассказа о борьбе с алкоголизмом, наркоманией, травматизмом и тому подобным; однако в противораковой пропаганде, в тематике по профилактике, к примеру, болезней сердца и сосудов запугивание во многих случаях может стать причиной психических травм, страхов и стрессовых состояний.

В следующей части нужно подробно рассказать об этиологии рассматриваемой болезни и подвести слушателей к внимательному восприятию материала о путях ее распространения в реальной жизни. Отбирая материал для этого, важно заранее продумать, насколько глубокими бывают познания слушателей данной аудитории в области медицины, для того чтобы они были в состоянии самостоятельно сделать выводы или воспринять последующую информацию о профилактических мерах. Сориентироваться в этом помогут сведения об их социальном статусе, культурном и образовательном уровне, потребностях и интересах. Рассказывать о путях распространения болезни целесообразно системно и схематично — так, чтобы у слушателей была возможность осмыслить или самостоятельно сделать выводы и усвоить, запомнить главные обобщения.

Затем крайне важно осветить практические меры борьбы с болезнью и возможности ее предотвращения. Как уже отмечалось выше, рассказ о лечебных мероприятиях следует строить коротко и очень продуманно, чтобы не толкнуть слушателей на путь самолечения. Информацию о мерах профилактики можно сопроводить сведениями о достижениях в этой области, сделанных не только медицинскими работниками, но и отдельными группами населения, государственными органами и др. Завершить изложение нужно конкретными советами о приемах и способах личной профилактики, апеллируя тем самым к личной ответственности слушающих за свое здоровье.

Понятно, что в соответствии с указанными рекомендациями, тема, выбранная для разных аудиторий, может быть одной, но содержание лекции должно быть различным. Так, сообщение о профилактике кишечных инфекций, адресованное сельским жителям, будет содержать примеры и факты из местной жизни; советы должны даваться с учетом реалий обустройства в приусадебном хозяйстве. Иное дело — лекция на производстве, к примеру для персонала учреждения общественного питания (кафе, ресторана). Научные обоснования гигиенических требований к производственным процессам здесь должны сопровождаться анализом возможных нарушений. Необходимо также затронуть вопрос о прививках, отметить важность медицинских осмотров и т. п.

Заключение лекции, как правило, содержит сжатое повторение главного, о чем говорилось в лекции. При освещении медицинских рекомендаций следует подчеркнуть уверенность в том, что

их соблюдение приведет к необходимым результатам. Обычно после заключения выступающие просят задавать вопросы, ответы на которые должны быть лаконичными, точными, по существу. В случае если лектор почему-либо не может ответить сразу, то он должен указать, где в будущем найдет для этого время.

Беседа как средство устного метода просветительской работы при общении врача с аудиторией дает более качественные результаты, однако при этом является трудоемким делом. После завершения, но не затянутого вступления ведущий задает слушателям вопросы в заранее подготовленном порядке с расчетом обратиться к каждому или к большинству. Число участников беседы не должно превышать 20 — 25 человек. Такие вопросы предусматривают выявление уже имеющихся у присутствующих представлений, опыта или знаний по рассматриваемой проблеме. Затем ведущий предлагает им свое видение затронутых тем, комментирует услышанное, делает выводы и только после этого переходит к следующей группе вопросов.

Достоинством беседы является активность всех участников — и ведущего, и слушателей. Это коренным образом отличает ее от лекции. Каждый участник может ожидать, что именно ему зададут вопросы, и мысленно готовится к ответу; он и сам может задать вопрос и таким образом принимает участие в проработке материала, а не просто присутствует, не делая интеллектуальных усилий. Слабая сторона беседы состоит в том, что много времени уходит на прямые и наводящие вопросы, на ожидание и уточнение ответов и тому подобное, а потому проработать объемную тему за один-два часа невозможно. В случае крайне важности можно разделить большую тему на подтемы и устроить цикл посвященных ей бесед. Такие тематические курсы в работе поликлинических и лечебно-профилактических медицинских учреждений часто называют «школами здоровья» или тематическими школами для отдельных групп пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (язвенной болезнью, сахарным диабетом и т. п.).

Интересно и оживленно проходят встречи со специалистом-медиком, проводимые в форме вопросов и ответов. Это та же беседа, но вопросы здесь задает аудитория, а отвечает ведущий. Такие встречи, если проводить их методически верно, требуют соблюдения двух предваряющих условий: объявления общей темы и сбора вопросов заранее. Недели за две до назначенного срока крайне важно вывесить объявления о предстоящей встрече в местах скопления предполагаемых участников, на которых ориентировано проведение беседы. Рядом с объявлением должны находиться ящики или коробки, в которых желающие могут опустить записки с вопросами. До начала беседы вопросы анализируются и исключаются те из них, которые не соответствуют теме; их можно просто отложить или они бывают переформулированы таким образом, чтобы приблизить их к рассматриваемому вопросу. Затем составляется план ответов в таком порядке, как если бы была прочитана лекция по данной тематике. Естественно, что при ориентации только на вопросы слушателей в освещении какой-либо важной проблемы могут возникнуть пробелы, и тогда специалист должен восполнить их, вводя информацию по типу: «Можно было бы задать и такой вопрос...».

Индивидуальные беседы с пациентами бывают спланированы заранее и так же хорошо подготовлены, как и групповые, но бывают и стихийными. Чаще всего они возникают при амбулаторном приеме больного, при патронаже или в процессе общения в стационаре. Для проведения развернутой беседы, неспешного разговора врачу важно опираться на основные положения о гигиене, правилах здорового образа жизни, хорошо представлять методы закаливания, оздоровления. При этом наибольшего внимания требует создание мотивации на активное отношение человека к своему здоровью, продуктивное взаимодействие с медиками. Беседы, возникающие ситуативно, преследуют иную цель — сообщить суть дела, договориться о совместных действиях, дать компактные рекомендации и советы. Участие в такой беседе требует от врача всей широты профессиональной подготовки, внимания, мобилизации знаний, умения четко формулировать необходимую информацию.

Для всех форм устного метода просветительской работы важен вдумчивый подход к употреблению отдельных медицинских выражений и терминов. По возможности все же лучше их избегать. Но если такое употребление неизбежно (названия препаратов, классификация заболеваний и пр.), то при этом нужно давать пояснение, заботиться о их понимании собеседником или аудиторией. Об этом следует помнить не только в процессе подготовки лекции или беседы, но и во время выступления или общения: не забывать наблюдать и чувствовать то, как реагируют слушатели на ваши высказывания. Никогда не поздно восстановить взаимодействие, вернуться к недопонятому месту, сделать пояснение.

Изобразительный (или наглядный) метод профилактической работы предполагает использование графических, живописных и прочих средств с целью воздействия на формирование у пациентов или просто людей, живущих в вашем регионе, адекватного отношения к личному и общественному здоровью. Окружающая человека видимая живая и неживая природа, предметы, вещи, а также их отображения воздействуют на органы зрения. Зрительный образ помогает получить представление о предмете одномоментно и в целом. Именно в связи с этим наглядные методы играют большую роль. Так, к примеру, чрезвычайно трудно при посредстве лишь рассказа (печатного или живого слова) дать точное представление об устройстве среднего и внутреннего уха, не прибегая к соответствующему рисунку или модели.

При реализации изобразительного метода профилактической работы врачи используют также натуральные объекты. Сюда относятся образцы различных изделий здравоохранительной индустрии, анатомические препараты, разные приборы, механизмы и аппараты.

Изобразительные средства бывают как объемные, так и плоскостные. К объемным средствам относятся:

муляжи — точные копии натуры по форме, размерам и окраске;

макеты — значительно уменьшенные копии натуры;

модели — изображения натурального объекта, сохраняющие их основные черты и принципиальное строение, но допускающие погрешность в передаче второстепенных деталей;

фантомы — изображения натурального объекта, допускающие возможность демонстрации ее в движении, изменении, преобразовании отдельных составляющих.

К плоскостным изобразительным средствам в первую очередь нужно отнести продукцию печатной пропаганды. Сегодня в медицине наиболее часто используются плакаты, брошюры, буклеты, памятки.

Плакаты предполагают привлечение внимания к теме, проблеме или единичному вопросу, связанному со здоровьем человека, и должны хорошо восприниматься даже на расстоянии. Как правило, основная площадь занята рисунком, к которому добавляется лишь незначительная текстовая информация. Плакаты обычно размещаются в местах большого скопления людей — в вестибюлях и регистрационных помещениях поликлиник и других учреждений здравоохранения. В качестве социальной рекламы плакаты можно встретить в транспорте, на производственных предприятиях, в медицинских пунктах образовательных учреждений и т.п.

Брошюры представляют собой малоформатные текстовые издания, в популярной форме освещающие различные вопросы охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Они бывают ориентированы на самые различные группы читателей. Некоторые из них не только носят просветительский характер, но и сообщают новые факты и сведения, адресованные профессиональному медицинскому сообществу. При использовании брошюр в работе с пациентами, а тем более с потенциальными пациентами, врачу крайне важно заранее самым тщательным образом проанализировать их содержание.

Буклеты (листочки) — печатные издания, в которых текст и иллюстрации располагаются на одном листе, сложенном по вертикальным или горизонтальным сгибам; читать их можно не разрывая, раскрыв как ширму. Служат для пропаганды частных вопросов охраны и укрепления здоровья среди широких масс населения. Распространение буклетов возможно в самых различных местах и часто бывает бесконтрольным.

Памятки — обычно это малообъемные печатные средства, содержащие рекомендации по узкому вопросу для отдельных групп здоровых людей или пациентов. Содержащееся в них сообщение имеет ограниченное действие, цель которого — дать читающему конкретную информацию. Их распространение лучше всего осуществлять во время беседы или лекции медицинского работника.

Перечисленные средства легко комбинируются с другой информацией. Продуктивность их значительно повышается за счет подробного сопроводительного пояснения, сделанного специалистом.

Примером осуществления развернутого комбинированного метода является проведение выставок, посвященных вопросам охраны и укрепления здоровья. Это интересное и действенное средство массовой пропаганды, особенно если организовано в стационаре. Но в работе рядовых медицинских учреждений более привычны самодельные, небольшие и однотемные выставки, составленные из плакатов, фотографий, схем и лозунгов. Основное условие эффективности такой выставки — соблюдение определенных требований к отбору материалов: стенд или витрина, предназначенные для такой выставки, не должны быть перегружены ни текстом, ни рисунками.

Важно выбрать наиболее доходчивые визуальные средства, несущие информацию какой-либо одной тематики. Размещая выставку, крайне важно позаботиться о хорошем ее освещении. Содержание информационных стендов нужно периодически менять и делать это тем чаще, чем постоянное состав посетителей данного помещения.

Выставки, открытые для широкого доступа, удачно сочетаются с другими средствами профилактической работы, в которой принимают участие и сами медицинские работники: лекциями, консультациями, продажей и раздачей литературы, изделий здравоохранительной индустрии. Комбинация разных средств и методов, одновременное или последовательное их использование делают проводимое мероприятие более интересным и впечатляющим.

Существуют определенные методические правила применения наглядных пособий. Коротко перечислим их.

1. Готовясь к устному выступлению, крайне важно применительно к различным его частям подобрать наглядные пособия. Порядок их показа должен быть заранее продуман и размечен в плане-конспекте.

2. Важно не забывать, что в любом устном выступлении главное — живое слово, речь. Наглядные материалы лишь помогают лучше усвоить содержание, в связи с этим нельзя подменять вашу встречу со слушателями разглядыванием этих материалов.

3. Пользуясь средствами визуализации в небольших аудиториях, рекомендуется рассаживать слушателей так, чтобы всем все было видно (обычно полукругом).

4. В больших аудиториях лучше пользоваться техническими средствами и проецировать изображения на экран. В этом случае лектору целесообразно иметь ассистента.

5. Демонстрируя наглядное средство и обратив на него внимание аудитории, нужно дать соответствующие комментарии.

Роль просветительских программ. В сфере здравоохранения за рубежом, а теперь и в нашей стране медико-просветительская работа с населением нередко представлена в форме так называемых коммуникационных программ. Речь идет о государственных и даже межгосударственных программах и кампаниях по передаче идеи здоровья и здорового образа жизни. Основной единицей такой передачи является коммуникационное сообщение по соответствующей тематике. На этапе реализации оно может иметь форму презентации, доклада, рекламного ролика или открытого мероприятия на тему здоровья, адресованного широкой общественности.

Осуществляются самые разнообразные модели коммуникационных программ. Их выбор определяется характером проблемы, спецификой и охватом целевых аудиторий, запланированной информацией, используемыми каналами ретрансляции, сроками их действия.

Сегодня, в условиях отсутствия реалистичного и позитивного отношения многих людей к своему здоровью, при постоянных изменениях, происходящих в практике медицинских услуг, и, как следствие — недостаточной информированности населения о возможностях получения медицинской помощи, о возникновении и распространенности новых заболеваний, появление и воздействие коммуникационных программ наущно необходимы. Особое значение приобретают такие стратегии, которые могли бы предложить людям самые необходимые сведения, формировали бы позитивные настроения в общественном мнении, создавали базу для понимания многих актуальных проблем, которые в настоящий момент крайне беспокоят медиков. Так, распространение СПИДа выдвинуло ряд задач, которые предполагают мониторинг представлений людей, оценку информированности в отношении угрозы этого заболевания и коммуникационные кампании, целью которых становится донесение знаний об опасности ВИЧ-инфекции для любого человека.

Коммуникационная программа должна быть тщательно подготовлена, как и любое другое практическое действие, связанное с влиянием на человека. Для этого нередко используются технологии рекламных сообщений и результаты маркетинговых исследований. При разработке коммуникационного сообщения важно учитывать все составляющие его элементы и факторы, а именно — отправителя сообщения, его получателя, само содержание и средства его передачи. Коммуникация оказывается наиболее эффективной, когда в ней поставлены четкие задачи и точно определена целевая аудитория.

Реализация программы включает разработку материалов, выбор соответствующих каналов коммуникации, формы проведения мероприятия для более полного доведения информации до целевых аудиторий. Составление сообщения ведется по двум направлениям: подготовка содержания сообщения и разработка формы его представления. Адекватность коммуникации

предполагает максимальный учет ее автором интересов слушателей, восприятия информации аудиторией. Для этого важно продумать, расставить смысловые акценты, представить информацию в привлекательном виде с ориентацией на уровень восприятия данной аудитории. Яркий плакат, не содержащий никакой информации, будет так же неэффективен, как информативный плакат, не привлекающий внимания и в связи с этим не читаемый людьми.

Необходимо включить в сообщения сведения о том, какую пользу может извлечь получатель, следуя рекомендациям и предостережениям авторов. Большое значение приобретают текстовые дополнения, поддерживающие основную мысль и направленные на создание эмоциональной убедительности. Причины согласия человека на изменение привычного образа жизни и принятия нового поведения бывают как рациональными, так и эмоциональными. К примеру, для работников здравоохранения убедительной будет статистическое подтверждение явления, а для подростков — описание опыта их сверстников.

Особое место занимает этап мониторинга и оценки эффективности созданной программы. В случае если для реализации остальных этапов главным образом привлекаются работники здравоохранения, то на этом этапе большую роль играет участие социологов.

С точки зрения закономерностей педагогического воздействия, при разработке любой коммуникационной программы главное внимание должно уделяться не техническим приемам передачи информации, а гуманитарному аспекту. Это означает, что наиболее пристальное внимание следует уделять психолого-педагогической характеристике адресата сообщения и выявлению определенных требований, предъявляемых к осуществляющему передачу, если, конечно, он представлен конкретным лицом.

Примером коммуникационной программы международного уровня может служить программа ВОЗ по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции и СПИДа. Ее целями являются: - предупреждение ВИЧ-инфекции, - уменьшение последствий ВИЧ-инфекции для отдельных лиц и общества в целом, - снижение чувства страха у населения и остракизма по отношению к инфицированным индивидам.

Для реализации данных целей крайне важно сформулировать программные задачи, которые могут иметь следующий вид: - поощрение поведения, снижающего риск передачи ВИЧ (распространение контрацептивных средств), - обучение работников здравоохранения правилам работы с кровью и инструментами, - разъяснения потенциальным родителям степени риска заражения ВИЧ перинатальным путем.

При разработке коммуникационной программы по борьбе со СПИДом нужно использовать самые свежие сведения о том, насколько широко распространилась ВИЧ-инфекция и какова частота новых случаев.

В ходе социологического анализа, предшествующего подготовке сообщения авторы программы выделили как минимум три целевые группы нуждающихся в подобной информации: население в целом, работники здравоохранения, женщины детородного возраста. В соответствии с таким назначением для каждой из групп были обозначены промежуточные цели и выявлены показатели их достижения; было также сформировано представление о возможных результатах коммуникативного воздействия. Так, к примеру, для населения в целом предполагалось расширение числа пользователей служб информации, консультирования и тестирования на ВИЧ. Показателем достижения этой цели служит подсчет числа людей, обращающихся в указанные службы.

Каналами распространения информации («отправителями») были выбраны преимущественно работники здравоохранения, образования и СМИ. Отмечалась важность вспомогательных институтов здравоохранения и социальной поддержки — консультативных служб, центров планирования семьи и пр.

Психолого-педагогические задачи и принципы работы врача в рамках профилактических программ. Очное, личное участие в просветительско-профилактических программах требует от будущего врача глубокого понимания общих задач, на решение которых они направлены. Эти задачи можно сформулировать следующим образом: формирование отношения к своему здоровью и здоровью окружающих как к важнейшей социальной ценности; выработка умений и навыков сохранения и укрепления здоровья, безопасного, ответственного и самосохранительного поведения; закрепление гигиенических и санитарных навыков и привычек; приобщение к разумной физической активности; обучение умению противостоять разрушительным для здоровья формам поведения.

При создании подобных программ и проведении занятий следует учитывать определенные принципы. Так, составители пособия по проведению модульного курса профилактики курения делят их на три группы: системно-структурные, социальные и психологические¹. Действительно, любой врач, взявшийся за составление курса бесед по профилактике здорового образа жизни, сталкивается с крайне важностью выделить главное в самой стратегии, в его подготовке и проведении.

К системно-структурной группе принципов относятся:

- системность, означающая разработку программ на основе анализа актуальной ситуации по данной проблеме как в целом по стране и в обществе, так и по отношению к определенному составу слушателей;

- выявление сведений, относящихся к выбранной проблеме, но уже известных адресатам предстоящего сообщения;

- конкретность и доступность сообщаемого, что предполагает их четкое изложение понятным языком в соответствии с подготовленностью слушателей, но вместе с тем без искусственного упрощения и излишней схематизации;

- многоаспектность рассмотрения проблемы, чему соответствует ее анализ и раскрытие с разных точек зрения, а не только с сугубо медицинской, или социальной, или психологической, и пр.

В социальную группу принципов входят:

- деловитость сообщения, предполагающая уверенное, без смущения обсуждение острых социально-нравственных и часто интимных тем, и в первую очередь со стороны ведущего занятия. Реализация этого принципа обеспечивается использованием научных понятий и выводов, при котором следует избегать излишней сенсационности и запугивания фактами и выводами;

- активная опережающая инициатива ведущего курса, являющаяся наилучшей гарантией эффективности профилактических действий;

- готовность слушающих к обучению здоровому образу жизни, что фиксируется наблюдениями ведущего и учетом степени встречного движения аудитории;

- выработка связи индивидуальных и социальных установок, что предусматривает формирование разными способами осознания каждым слушателем социальной, культурной и иной привлекательности здорового образа жизни.

Психологическую группу принципов составляют:

- адресность — формулирование описываемых навыков с учетом пола, возраста, психического и физического развития, а так же информированности людей, составляющих данную аудиторию, и кроме того актуальность обсуждаемых проблем;

- правдивость — уклончивость ответов, обещания что-либо разъяснить потом, ссылки на недостаточную подготовленность самого выступающего нарушают контакт между ним и аудиторией;

- доверие — недооценка возможностей слушателей, некорректное выспрашивание, как правило, провоцирующее участников информационной работы к закрытости, ведут к обострению у них желания остаться на собственных позициях и не идти на сотрудничество, предусматривающее изменение образа жизни;

- поддержка и стимулирование слушателей в их начинаниях, в познании самих себя и других, в поиске дополнительной информации и т. п.

- скрытое оздоровительно-профилактическое воздействие на личность через активные методы познания и обучения — игры, тренинги, участие в общественных мероприятиях и др.

Успех проведения учебно-профилактического занятия во многом обусловлен умением ведущего четко направлять и контролировать весь его ход, устанавливая спокойные доверительные отношения со слушателями и взаимной (ведущего и аудитории) встречной активности при общении. Конечно, чтобы достичь этого, необходим определенный опыт, но для начала хорошо бы соблюдать основные правила их проведения.

Особенности общения на групповых занятиях. Самое главное — добиться понимания слушателей и удержать их внимание на протяжении всего сообщения, в чем очень хорошо помогают интересные примеры и продуманно подобранные иллюстрации.

Всячески подбадривайте участников обсуждения, старайтесь, чтобы в отношении обсуждаемого материала у каждого возникли определенное отношение и оценка.

Следует чутко и своевременно поощрять стремление делиться своими мыслями и соображениями по поводу услышанного. На групповом занятии важно понять и услышать мнение каждого и каждому предоставить возможность высказаться. Необходимо уважительное

заинтересованное отношение к любому суждению. В случае если кто-то говорит нечто, не совпадающее с установкой занятия, на это можно отреагировать примерно так: «Многие согласились бы с вами, однако известно, что...» Таким образом, человек будет избавлен от чувства смущения за неправильный ответ.

Никогда не перебивайте говорящего. Для того чтобы его слова не выходили за рамки темы или регламента, уже в начале встречи оговорите ограничения, которые нужно соблюдать.

Уважительно относитесь ко всем собравшимся без исключения. В случае если вы проявите хотя бы к одному из них недружелюбное отношение, то и остальные станут ждать такого обращения с вашей стороны.

Особое внимание уделяйте умению задавать вопросы, ибо во многих беседах и обсуждениях именно данный прием является весьма существенным и для начала дискуссии, и для ее поддержания.

Практические советы.

1. Прежде всего лучше задавать вопросы, оставляющие свободу для выбора: «Вы не могли бы рассказать об этом подробнее?», «Каково ваше мнение?»

2. После каждого обращения к слушателям выдержите небольшую паузу (не менее половины минуты). Надо собеседникам одновременно предлагать только один вопрос, а не нагружать группой вопросов, следующих без перерыва один за другим. И после каждого следует дожидаться ответа.

3. Старайтесь понять, не обнаруживает ли человек, к которому вы обратились, признаков растерянности, страха или просто неспособности сформулировать ответ. В таком случае нужно помочь ему ободряющими словами или предложением еще раз тщательно обдумать ответ.

4. Всегда благодарите за самостоятельное выступление, за проявленную инициативу, даже за не совсем правильный ответ. Но не оставляйте без оценки, без комментариев неверные высказывания. Обязательно доступно объясните, в чем их ошибочность, но делайте это корректно, а главное, доказательно.

План проведения учебно-просветительского занятия. Большая часть успеха учебно-просветительского занятия зависит от его подготовки. Особенно важно уметь логически правильно, взаимосвязанно и последовательно продумать и составить сценарий (план) его проведения. В такой подготовке могут помочь сведения о построении типового процесса обучения из других разделов данного учебного пособия. При этом нужно учитывать, что его составление не всегда происходит «линейно», т.е. в прямой последовательности приведенных ниже пунктов. Нередко осознание целей и задач в полной мере достигается после детального планирования основной части занятия, содержание которой во многом зависит от возможности подобрать те или иные методические материалы и средства. Тем не менее рассмотрим составляющие такого сценария, по которым нужно определиться до проведения занятия.

1. Тема. Важно заметить, что для слушателей, с учетом уровня их подготовленности, она может формулироваться несколько иначе, чем для специалистов в данном вопросе. К примеру, передавая знания о профилактике респираторно-вирусных заболеваний родителям, ведущий может озаглавить свое сообщение так: «Как уберечь наших детей от...».

2. Цель и задачи. Цель рассматривается как представление о желаемом результате. При ее формулировке важно учитывать специфическое содержание занятия и возможность проверки ее достижения. К примеру, целью просветительской лекции врача трудно представить искоренение привычки табакокурения, но будет понятно желание (цель) помочь людям осознать опасность последствий этой привычки.

Задачи по возможности должны отражать те реальные действия, которые предполагается осуществить для достижения поставленной цели. Следовательно, язык описания задачи должен быть «деятельным»: их формулировки могут начинаться со слов «объяснить», «изложить», «привлечь внимание», «научить», «проверить» и пр.

3. Место и время проведения занятия. От их правильного выбора во многом зависит успех работы. Следует предусмотреть, чтобы это было удобно, уместно и совпадало с режимом, принятым в той или иной группе, на которую занятие ориентировано.

4. Социально-психологическая характеристика аудитории. Перед любым подобным занятием, даже самым простым по своим целям и задачам, крайне важно заранее сориентироваться в том, перед какой аудиторией вам предстоит выступать, важно учитывать их особенности (например, возраст, пол и др.).