ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: СООТНОШЕНИЕ АНДРАГОГИЧЕСКОЙ И ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛЕЙ ОБУЧЕНИЯ

С.К. Кукушкин*, Е.А. Поддубская, Ю.В. Лукина, М.Г. Бубнова

Кафедра доказательной медицины Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, 119991 Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990, Москва, Петроверигский пер.,10

Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: соотношение андрагогической и педагогической моделей обучения
С.К. Кукушкин*, Е.А. Поддубская, Ю.В. Лукина, М.Г. Бубнова
Кафедра доказательной медицины Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, 119991 Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990, Москва, Петроверигский пер.,10

Обсуждаются проблемы обучения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в школах здоровья. Анализируется соотношение андрагогической (обучение взрослых) и педагогической моделей обучения по основным параметрам, характеризующим обучающихся. Делается заключение о том, что на современном этапе в процессе обучения в школах здоровья преобладает педагогическая модель обучения. Для повышения эффективности обучения пациентов разработчикам образовательных программ рекомендуется активно внедрять основные принципы андрагогики.
Ключевые слова: школы здоровья, педагогическая модель обучения, андрагогическая модель обучения.
РФК 2009;2:98-102

School of health for patients with cardio-vascular diseases: balance between andragogic and pedagogic educational models.
S.K.Kukushkin*, E.A.Poddubskaya, Y.V.Lukina, M.G.Bubnova
Chair of Evidence Based Medicine, Moscow Medical Academy named after I. M. Setchenov, Bolshaya Pirogovskaya ul. 6, Moscow, 119991 Russia
State Research Center for Preventive Medicine of Rosmedtechnology, Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Problems of educational programs for patients with cardio-vascular diseases in schools of health are discussed. Comparison of andragogic (adult education) and pedagogic education models are analyzed. The pedagogic education model is currently dominating in school of health. To increase of education efficacy in school of health implementation of andragogic principles is recommended.
Key words: school of health, pedagogic educational model, andragogic educational model.
Rational Pharmacother. Card. 2009;2:98-102

**Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): skukushkin@gnicpm.ru*

В связи с бурным ростом уровня социально-экономического развития человечества во второй половине XX века существенно возросла потребность в обучении взрослого населения. В то же время, принципы обучения, которые выработала за много столетий педагогическая наука, не всегда подходят для обучения взрослых людей. Так возникла андрагогика – наука об обучении взрослых, обосновывающая деятельность взрослых обучающихся и обучающих по организации процесса обучения [1].

Развитие медицины, появление новых знаний о заболеваниях и факторах риска их возникновения предъявили новые требования к лечебному процессу. Теперь недостаточно просто назначить лечение больному, необходимо также обучить его основам здорового образа жизни, сформировать у него умения и навыки самоконтроля за состоянием здоровья, рационального и активного отношения к своему заболеванию.

Предпосылки возникновения школ здоровья

Несмотря на прогресс в медицинской науке в последние десятилетия, все достижения современной медицины могут остаться нереализованными на практике, если между врачом и пациентом не будут установлены партнерские отношения и истинное сотрудничество [2-5]. Одним из способов формирования партнерства «врач-пациент» является обучение пациентов. Образовательные программы для пациентов позволяют сформировать партнерство между врачом и больным. Пациент должен понимать, что назначенная терапия представляет собой методы и средства достижения конкретных целей. Пациенту необходимо не только добросовестно соблюдать все требования врача, но также быть активным участником процесса своего лечения и реабилитации: отслеживать все нюансы своего состояния и своевременно информировать лечащего врача о негативных и позитивных фактах. Это необходимо для своевременной коррекции лечения и формирования у больного навыков доврачебного самоконтроля.

Первый опыт обучения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в нашей стране был получен в 1982 году, когда на базе городской клини-

ческой больницы №15 г. Москвы был создан коронарный клуб (КК) для амбулаторной реабилитации больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) [6]. Одним из основных видов деятельности КК было внедрение образовательных программ для больных и их родственников. В конце 90-х годов прошлого столетия возникла новая форма обучения больных ССЗ, так называемые школы здоровья (ШЗ). В настоящее время существуют и активно действуют ШЗ для пациентов с артериальной гипертонией (АГ), стабильной стенокардией, перенесших инфаркт миокарда или инвазивное вмешательство на сердце, имеющих избыточную массу тела и др. [7-10]. ШЗ для пациентов с АГ включена в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» 9150-0.09.0002-2001 (приказ Минздрава РФ №268 от 16.07.2001 г. «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации»). Данный классификатор был разработан с учетом принципов, правил и требований Государственной системы стандартизации РФ (ГОСТ Р 1.0.-92-ГОСТ Р 1.5-92).

Занятия в ШЗ направлены на достижение основных целей обучения пациентов:

- повышение информированности пациентов о своём заболевании и его факторах риска (ФР);
- повышение ответственности пациентов за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- формирование у пациентов умений и навыков самоконтроля за состоянием здоровья и оказания первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризов;
- формирование у пациента навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих ФР (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек) [11].

Соотношение андрагогической и педагогической моделей обучения в ШЗ

При формировании образовательных программ для пациентов, а также непосредственно в процессе обучения необходимо учитывать, что пациенты – это взрослые люди со своими сформировавшимися жизненными принципами и привычками. Последние стали образом их жизни, и любое вмешательство в этот образ жизни вызывает естественную в этой ситуации

Таблица 1. Педагогическая модель обучения (по С.И.Змеёву [1])

Социально-психологические установки обучаемых	Характер установки	Деятельность и роль обучаемого	Деятельность и роль обучающего	Характер организации процесса обучения
Самосознание обучаемого	Ощущение зависимости, подчиненности, несамостоятельности	Пассивная роль; деятельность по восприятию (рецептивная)	Ведущая роль, деятельность по определению всех параметров обучения	Трансляция (передача и прием) социального опыта
Опыт обучаемого	Отсутствие или незначительный объем	Малая ценность опыта обучаемого; деятельность по подражанию обучающему	Ведущая роль обучающего; роль образца для образования; основной источник ЗУНКов	Деятельность по образцам; преимущественно информационные методы обучения
Готовность к обучению (мотивация) и цель обучения	Определяются внешними факторами (социальным принуждением), малая мотивация	Незначительная роль в формировании мотивации и определении цели обучения; деятельность по восприятию определенных извне целей и мотивов обучения	Создатель искусственной мотивации; деятельность по определению цели обучения	Стандартизация обучения, преследующая общие унифицированные цели обучения
Использование полученных ЗУНКов	Отложенное, в неизвестных условиях и сроках	Заучивание ЗУНКов про запас, накопление ЗУНКов без связи с практической деятельностью	Передача как можно большего количества ЗУНКов без определенных связей с практикой	Обучение по несвязанным друг с другом дисциплинам, в логике отдельных дисциплин
Участие в организации процесса обучения	Пассивное	Пассивное участие на этапах диагностики и реализации процесса обучения	Организация процесса обучения	Раздельная деятельность обучаемого и обучающего по организации процесса обучения

Таблица 2. Андрагогическая модель обучения (по С.И.Змеёву [1])

Социально-психологические установки обучаемых	Характер установки	Деятельность и роль обучаемого	Деятельность и роль обучающего	Характер организации процесса обучения
Самосознание обучаемого	Осознанное стремление к самостоятельности, независимости, самоуправлению	Активная, ведущая роль в определении параметров обучения; самостоятельный поиск информации	Оказание помощи в определении параметров обучения и поиске информации	Процесс самостоятельного определения параметров обучения и поиска ЗУНКов
Опыт обучаемого	Наличие значительного жизненного (бытового, социального, профессионального) опыта	Важная роль опыта обучающегося; использование его в качестве одного из источников обучения	Оказание помощи в выявлении и использовании в процессе обучения опыта обучающегося	Опора на опыт обучающегося, поисково-опытные методы обучения
Готовность к обучению (мотивация) и цель обучения	Определяются необходимостью решить жизненно важную проблему; высокая мотивация	Ведущая роль и деятельность в формировании мотивации и определении цели обучения	Оказание помощи в выявлении образовательных потребностей и определении цели обучения	Индивидуализация обучения, преследующая конкретные индивидуальные цели обучения
Использование полученных ЗУНКов	Немедленное и безотлагательное, в целях решения жизненно важной проблемы	Приобретение ЗУНКов, необходимых для решения жизненно важной проблемы	Оказание помощи в отборе содержания обучения	Обучение по междисциплинарным блокам (модулям)
Участие в организации процесса обучения	Активное	Активное участие в организации процесса обучения на всех его этапах	Организация совместной деятельности по организации процесса обучения	Совместная деятельность обучающегося и обучающего по организации процесса обучения

реакцию неприятия, по крайней мере, в начале. Исходя из этого, при обучении пациентов в ШЗ должна применяться андрагогическая модель обучения, в которой главная, ведущая роль в организации процесса обучения на всех его этапах принадлежит самому обучающемуся. Взрослый обучающийся – активный элемент, один из равноправных субъектов процесса обучения [1]. Однако при ближайшем рассмотрении процесса обучения пациентов в ШЗ мы видим, что не все составляющие этого процесса укладываются в андрагогическую модель обучения. Например, пациенты не всегда могут адекватно определять цели, содержание и результаты обучения в ШЗ, так как не обладают для этого специальными медицинскими знаниями. Пациент в данном случае полностью зависит от преподавателя-врача, и это обусловливает наличие в процессе обучения элементов педагогической модели обучения. Таким образом, процесс обучения в ШЗ содержит в себе элементы как андрагогической, так и педагогической моделей обучения.

Та или иная модель обучения несут в себе идеальное, наиболее полное представление о процессе обучения, и при практическом применении ни одна модель не реализуется полностью.

Современная андрагогическая модель обучения наиболее полно была изложена в работе профессора С.И. Змеёва [1]. Основные характеристики педагогической и андрагогической моделей обучения представлены в табл. 1 и 2.

Обе модели имеют пять основных параметров, характеризующих обучающихся:

- самосознание;
- наличие жизненного опыта;
- готовность к обучению (мотивация) и цель обучения;
- ориентация на использование знаний, умений, навыков, личностных качеств и ценностных ориентаций (ЗУНКов);
- участие в организации процесса обучения.

Ниже мы рассмотрим соотношение андрагогической и педагогической моделей обучения в ШЗ для пациентов по основным параметрам, характеризующим обучающихся.

Самосознание обучающегося

Все пациенты, проходящие обучение в ШЗ, являются взрослыми, сформировавшимися людьми и, казалось бы, в отношении самосознания должны укладываться в андрагогическую модель обучения. Эта модель предполагает, что взрослые обучающиеся должны играть ведущую, определяющую роль в процессе своего обучения, так как они имеют глубокую потребность в самостоятельности и самоуправлении. Однако в связи с отсутствием у пациентов специальных медицинских знаний (как общих, так и по сердечно-сосудистым заболеваниям в частности) у них возникают

затруднения при определении цели, содержания и результатов обучения. Таким образом, пациент полностью зависит от преподавателя-врача, и процесс обучения преимущественно проходит по педагогической модели обучения: пациенты несамостоятельны, играют пассивную роль, все параметры обучения определяет преподаватель-врач, процесс обучения носит характер трансляции (передача и прием) ЗУНКов. Однако и в этой ситуации преподаватель-врач не должен забывать, что имеет дело со взрослыми людьми. Как показывает практический опыт, неправильно данный совет, авторитарная рекомендация или недостаточно обоснованная необходимость изменения образа жизни, скорее всего, пациентом не будет воспринята или не будет выполнена. Именно по этой причине пациенты при анонимном опросе о причинах невыполнения ими рекомендаций врача (в частности, рекомендаций по отказу от вредных привычек или по изменению этих привычек) отвечают, что советы врача неубедительны [11].

Опыт обучающегося

В андрагогической модели обучения опыт, накопленный взрослым человеком по мере своего роста и развития, может быть использован в качестве источника обучения как самого обучающегося, так и других людей. У большинства пациентов наличие опыта болезни зависит от длительности заболевания (чем короче длительность заболевания, тем меньше опыт) либо, как правило, носит субъективный характер, имеющий мало общего с научными медицинскими знаниями. Таким образом, с точки зрения опыта пациента, обучение в ШЗ укладывается в педагогическую модель обучения, так как опыт обучающегося может быть использован лишь в качестве отправной точки обучения. Главное же значение имеет опыт преподавателя-врача, который является основным источником ЗУНКов.

Готовность к обучению (мотивация)

В андрагогической модели обучения мотивация обучающихся учиться определяется их потребностью в изучении чего-либо для решения их конкретных жизненных проблем. Так, у пациентов, которые проходят обучение в ШЗ, цель совершенно ясная и простая: применяя на практике ЗУНКи, приобретенные в процессе обучения, максимально снизить негативные влияния болезни и её ФР на собственное здоровье. Поэтому учебные программы в ШЗ строятся так, чтобы полученные знания пациент мог сразу применить в реальной жизни.

Готовность обучающегося к обучению в рамках педагогической модели определяется, как правило, внешними причинами: принуждением, давлением общества или родителей и т.д. Обучающий в этом случае вынужден создавать искусственную мотивацию для обучения.

Таким образом, с точки зрения мотивации, обучение в ШЗ для пациентов полностью соответствует андрагогической модели.

Ориентация на использование ЗУНКов

При обучении в ШЗ пациенты крайне заинтересованы применить полученные знания и навыки немедленно, чтобы более эффективно бороться с различными проявлениями своего заболевания. В соответствии с этими запросами и строятся программы занятий в ШЗ, а процесс обучения проходит по андрагогической модели. Напротив, педагогическая модель обучения предполагает заучивание ЗУНКов про запас, отсутствие их связи с реальной практикой, что не соответствует потребностям пациентов, которые обучаются в ШЗ.

Участие в организации процесса обучения

Андрагогическая модель обучения предполагает, что весь процесс обучения строится на совместной деятельности обучающихся и обучающих, иначе процесс обучения просто не может быть реализован. Конечно, при обучении в ШЗ пациенты могут принимать участие в организации процесса обучения, однако это участие больше пассивное и главным организатором процесса обучения является обучающий, что соответствует педагогической модели обучения.

Одним из путей преодоления пассивности пациентов по участию в организации процесса обучения может стать оценка потребности больных в конкретных видах обучения в соответствии с профилем заболевания. Например, оценка потребности населения в профилактических услугах [12], проведенная на базе одной из территориальных поликлиник г. Москвы, показала, что большинство (69,4%) курящих пациентов хотят бросить курить, но не знают, как это сделать. Более половины опрошенных (57,8%) нуждались в обучении приёмам контроля над стрессовыми ситуациями. Снизить свой вес хотели бы 46,6% опрошенных. Повысить свою физическую активность считали необходимым 97,1% мужчин и 25,7% женщин. Из приведенного примера видно, что более половины из опрошенных пациентов могут четко сформулировать цель обучения и тем самым активно включиться в организацию процесса обучения.

Таким образом, выше проведенный анализ соотношения андрагогической и педагогической моделей обучения в ШЗ для пациентов показал, что на современном этапе развития в процессе обучения еще может преобладать педагогическая модель. Однако в последних разработках отечественных авторов [13] уже

максимально использована андрагогическая модель обучения.

Заключение

Таким образом, выше проведенный анализ соотношения андрагогической и педагогической моделей обучения в ШЗ для пациентов показал, что на современном этапе развития в процессе обучения преобладает педагогическая модель. Для повышения эффективности обучения пациентов в ШЗ разработчикам образовательных программ следует активно внедрять основные принципы андрагогики в процесс обучения. По нашему мнению, ведущим принципом должна стать индивидуализация обучения, когда преподаватель-врач совместно с пациентом создают индивидуальную программу обучения, ориентированную на конкретные образовательные потребности и цели обучения пациента. Разработанная индивидуальная программа обучения должна также учитывать опыт, уровень исходных знаний, психофизиологические и когнитивные особенности пациента.

Литература

1. Змеёв С.И. Андрагогика: основы теории, истории и технологии обучения взрослых. М.: ПЕР СЭ; 2007.
2. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2002;1:5-10.
3. Петричко Т.А., Шапиро И.А. Лечение управляемых сердечно-сосудистых заболеваний с использованием лечебно-диагностических стандартов и формуляра лекарственных средств в практике амбулаторно-поликлинических учреждений. Проблемы стандартизации в здравоохранении 2004;(11):35-9.
4. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации (Первый Доклад экспертов ВОЗ, МОГ, ВНОК). Клиническая фармакология и терапия 2000;9(3):5-30.
5. Оганов Р.Г., Вялков А.И., редакторы. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний (основные термины и понятия). М.; 2001.
6. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология. Руководство для врачей. М.: Медиа-77; 2007.
7. Михайлова Н.В, Калинина А.М., Олейников В.Г. и др. Школа здоровья для пациентов – важнейший фактор качества медицинской помощи. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2004;2:3-10.
8. Ушакова С.Е., Концевая А.В., Княжевская О.В. и др. Эффект терапевтического обучения пациентов с артериальной гипертонией на приверженность лечению. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005;1:32-36.
9. Калинина А.М., Концевая А.В. Школы здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями и факторами риска. Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза 2007;5(12):23-30.
10. Концевая А.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю. Социально-экономическая эффективность «Школ здоровья» для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2008;2:3-8
11. Михайлова Н.В, Калинина А.М., Олейников В.Г. и др. Повышение качества медицинской помощи через образовательные программы для пациентов. В: Новые профилактические технологии в кардиологической практике. Сборник статей и тезисов под ред. академика РАМН Р.Г.Оганова. М.: 2005. С.12-25.
12. Калинина А.М., Еганян Р.А., Лахман Е.Ю. и др. Оценка потребности населения в профилактических услугах. Новые профилактические технологии в кардиологической практике. Сборник статей и тезисов под ред. академика РАМН Р.Г.Оганова. М.: 2005. С.55-67.
13. Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Ощепкова Е.В. и др. Школа здоровья: артериальная гипертония. Руководство для врачей под ред. академика РАМН Р.Г.Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008