



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

Терапевтическое обучение пациентов

Вводное руководство



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

Терапевтическое обучение пациентов

Вводное руководство

РЕЗЮМЕ

Терапевтическое обучение пациентов – это структурированный лично-ориентированный образовательный процесс, призванный помочь людям с хроническими заболеваниями самостоятельно контролировать состояние своего здоровья с опорой на собственные ресурсы и при поддержке членов семьи или лиц, осуществляющих уход. Обучение проводится квалифицированными работниками здравоохранения, корректируется с учетом потребностей пациента и его состояния и продолжается в течение всей его жизни. Оно является неотъемлемой частью лечения хронических заболеваний и может привести к улучшению показателей здоровья и повысить качество жизни пациента, одновременно обеспечивая максимально эффективное использование услуг здравоохранения и других ресурсов. Цель данного руководства заключается в том, чтобы помочь разработчикам политики и работникам здравоохранения обеспечить более широкий доступ к эффективному терапевтическому обучению для всех пациентов с хроническими заболеваниями, которые могли бы успешно воспользоваться этим подходом. В частности, руководство предназначено для тех, кто отвечает за разработку, предоставление или делегирование услуг терапевтического обучения для пациентов с хроническими заболеваниями, а также за программы подготовки работников здравоохранения, обеспечивающих терапевтическое обучение пациентов.

Ключевые слова

PATIENT EDUCATION AS TOPIC, NONCOMMUNICABLE DISEASES, PATIENT-CENTERED CARE, SELF-MANAGEMENT, HEALTH LITERACY

ISBN: 978-92-890-6041-7 (PDF)

© Всемирная организация здравоохранения, 2023 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке: «Therapeutic patient education: an introductory guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки. Терапевтическое обучение пациентов: вводное руководство. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2023 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Фото: ©WHO

Дизайн: Lars Møller

СОДЕРЖАНИЕ

Список рисунков	iv
Предисловие	vi
Выражение признательности	vii
Условные сокращения	viii
1. Введение	1
1.1. Какую задачу выполняет настоящее руководство?.....	2
1.2. Какова сфера охвата данного руководства?.....	2
1.3. Как было разработано настоящее руководство?.....	3
1.4. Как организована структура руководства?	4
2. Контекст	5
2.1. Что означает терапевтическое обучение пациентов?	6
2.2. Терапевтическое обучение пациентов: часть мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни	7
2.3. Почему терапевтическое обучение пациентов так важно?	9
2.4. Стратегический контекст.....	9
3. Анализ терапевтического обучения пациентов.....	13
3.1. Анализ терапевтического обучения пациентов в контексте психологической и социальной среды пациента	14
3.2. Концепции, лежащие в основе самостоятельного ведения болезни	15
3.3. Эффективное взаимодействие с системой здравоохранения	17
3.4. Обучение взрослого населения	20
3.5. Многопрофильные и междисциплинарные группы	20
4. Мероприятия терапевтического обучения пациентов	23
4.1. Терапевтическое обучение пациентов	24
4.2. Использование знаний и умений для разработки мероприятий по терапевтическому обучению пациентов	25
4.3. Основные компоненты терапевтического обучения пациентов	28
5. Подготовка работников здравоохранения в области проведения мероприятий терапевтического обучения пациентов.....	43
5.1. Кто должен проходить подготовку в области терапевтического обучения пациентов? ...	44
5.2. Образовательный подход.....	45
5.3. Разработка курса для работников здравоохранения по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов	46
5.4. Тиражирование программ подготовки работников здравоохранения.....	49
6. Способствующие и препятствующие факторы в системе здравоохранения	53
6.1. Политика и стратегии	54
6.2. Нормативно-правовая база	55
6.3. Финансирование в области здравоохранения.....	57
6.4. Кадровые ресурсы	59
7. Оперативная реализация	63
7.1. Руководство, координация и управление	64
7.2. Факторы, способствующие успешному внедрению услуг терапевтического обучения пациентов	64
7.3. Предоставление высококачественных услуг	72
7.4. Устранение неравенства	75
8. Выводы	81
Библиография	83

СПИСОК РИСУНКОВ

Вставки

Вставка 1. Примечание относительно терминологии.....	2
Вставка 2. Каковы доказательства того, что мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов являются экономически эффективными и могут снизить уровень использования услуг здравоохранения?	10
Вставка 3. Что содействует обеспечению эффективности терапевтического обучения пациентов?	24
Вставка 4. Что такое профиль компетентности?	26
Вставка 5. История Хенрика, часть 1: диагноз.....	28
Вставка 6. История Хенрика, часть 2: месяц спустя – получение информации о жизни Хенрика	30
Вставка 7. История Хенрика, часть 3: следующие три месяца – определение целей и составление плана.....	35
Вставка 8. История Хенрика, часть 4: через четыре года после постановки диагноза, все поменялось	37
Вставка 9. История Хенрика, часть 5: получение знаний и развитие навыков	37
Вставка 10. Что такое активное обучение?	45
Вставка 11. Какие виды программ терапевтического обучения пациентов с наибольшей вероятностью окажутся успешными?	54
Вставка 12. Сокращение использования услуг	56
Вставка 13. Создание благоприятных условий для работы персонала	60
Вставка 14. Важность руководства.....	64
Вставка 15. Важность поддерживающей организационной культуры.....	65
Вставка 16. Значимость совместной разработки услуг	66
Вставка 17. Коллегиальный подход к разработке услуг может способствовать их внедрению....	71
Вставка 18. Гендерное неравенство при поддержке самостоятельного ведения болезни	77

Примеры из практики

Пример из практики 1. Десятидневные курсы терапевтического обучения пациентов, Таджикистан.....	39
Пример из практики 2. Позвольте пациентам самим решать, Албания	39
Пример из практики 3. Оперативное информационное реагирование Европейского пульмонологического фонда на пандемию COVID-19	40
Пример из практики 4. Группа взаимопомощи, Соединенное Королевство	41
Пример из практики 5. Включение принципов терапевтического обучения пациентов в основные учебные программы для врачей и медсестер, Германия	44
Пример из практики 6. Разные уровни подготовки преподавателей программы DESMOND, Соединенное Королевство.....	50
Пример из практики 7. Сертификат и диплом о повышении квалификации в области терапевтического обучения пациентов, Швейцария.....	50
Пример из практики 8. Разные уровни терапевтического обучения пациентов, Португалия.....	51
Пример из практики 9. Европейская хартия пациентов с идиопатическим легочным фиброзом	55
Пример из практики 10. Примеры нормативно-правовых инструментов для осуществления изменений в системе здравоохранения	56
Пример из практики 11. Использование схем аккредитации для включения терапевтического обучения пациентов в программы профессиональной подготовки, Республика Молдова.....	57
Пример из практики 12. Прогресс в области регулирования, Грузия	57
Пример из практики 13. Повышение объемов финансирования, выделяемого поставщикам услуг здравоохранения на оплату кадровых ресурсов, Эстония	58
Пример из практики 14. Финансирование терапевтического обучения пациентов, Германия ...	59

Пример из практики 15. Включение принципов поддержки терапевтического обучения пациентов в основную учебную программу для студентов-медиков, Соединенное Королевство.....	61
Пример из практики 16. К мнению пациентов прислушиваются в Европе	66
Пример из практики 17. Стандарты аккредитации услуг по обучению пациентов, Англия (Соединенное Королевство).....	74
Пример из практики 18. Оценка групповых занятий для пациентов с диабетом, Албания	75
Пример из практики 19. Оценка программ подготовки работников здравоохранения, Португалия	76
Пример из практики 20. Адаптация мероприятий для расширения доступа конкретных групп населения к услугам, Соединенное Королевство	78

Рисунки

Рис. 1. Иллюстрации, отражающие ряд понятий, которые могут быть полезны для понимания концепции самостоятельного ведения болезни	18
Рис. 2. Система компетентности пациента	25
Рис. 3. Этапы постановки целей, планирования и выполнения действий	29
Рис. 4. Разработка курса на основе профиля компетентности работника здравоохранения.....	46
Рис. 5. Этапы создания или улучшения услуги терапевтического обучения пациентов	67
Рис. 6. Принципы системы повышения качества	72
Рис. 7. Стандарты качества услуг по поддержке пациентов при самостоятельном ведении болезни, Швейцария	74
Рис. 8. Решение проблемы низкой грамотности в вопросах здоровья	79

Таблицы

Таблица 1. Классификация мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни	7
Таблица 2. Пример выражений, свидетельствующих об активной или пассивной роли пациента.....	19
Таблица 3. Примеры негативного воздействия лексики.....	19
Таблица 4. Пример профиля компетентности пациентов с астмой	27
Таблица 5. Пример плана для 69-летней женщины с ишемической болезнью сердца и гипертонией.....	31
Таблица 6. Профиль компетентности пациентов, страдающих астмой, и пример персонализированного списка компетентности для отдельного пациента.....	32
Таблица 7. Профессиональные качества, которые необходимы работникам здравоохранения для изменения моделей поведения пациентов в рамках поддержки в самостоятельном ведении болезни.....	47
Таблица 8. Информация, которую необходимо собрать в рамках ситуационного анализа	69
Таблица 9. Примеры возможных пробелов в предоставлении услуг	71

ПРЕДИСЛОВИЕ

Терапевтическое обучение пациентов – это вмешательство, доказавшее свою эффективность в качестве инструмента помощи людям с хроническими заболеваниями, которые в результате получают возможность лучше контролировать свое состояние, обеспечивая таким образом более высокие показатели здоровья и оптимальное использование имеющихся ресурсов и повышая качество своей жизни. Оно обладает большим потенциалом для улучшения жизни пациентов и одновременного снижения нагрузки на системы здравоохранения.

Несмотря на широкое распространение услуг терапевтического обучения пациентов в Европейском регионе ВОЗ, сегодня все еще имеются возможности для совершенствования их организации и улучшения итоговых результатов.

В 1998 г. Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало рабочий документ по терапевтическому обучению пациентов, который послужил важным источником информации для руководителей и специалистов-практиков в этой области. В этом руководстве, разработанном совместно группой ученых, врачей и преподавателей из разных стран Европейского региона ВОЗ, предлагается определение понятия «терапевтическое обучение пациентов», уточняются навыки, которыми должны овладеть пациенты с хроническими заболеваниями, описываются содержание и структура ряда вмешательств и перечисляются направления деятельности.

За те 25 лет, которые прошли со времени публикации документа, доказательная база, клиническая практика и условия проведения терапевтического обучения пациентов наряду с оказанием им более масштабной поддержки в самостоятельном ведении болезни претерпели существенные изменения.

За этот период также произошли значительные изменения в обществе и его демографической структуре. Доля жителей Региона, страдающих хроническими заболеваниями, растет, и одновременно растут их потребности. Ожидается, что к 2050 г. люди в возрасте 65 лет и старше будут составлять четверть населения Региона, т. е. за 20 лет этот показатель вырастет более чем на 70%. Возрастная пирамида населения меняется. И по мере старения возрастает вероятность мультиморбидности, то есть наличия у одного человека двух и более хронических заболеваний.

В то же время многочисленные и сложные угрозы общественному здоровью, нехватка кадров в секторах здравоохранения и социального обслуживания и необходимость конкурировать за государственное финансирование вынуждают наши системы здравоохранения быстро и кардинально меняться, адаптироваться, развиваться, перестраиваться, переходить на цифровые технологии, внедрять инновации и учиться.

Все вышеперечисленное делает это новое руководство своевременным и необходимым ресурсом, который предлагает разработчикам политики и специалистам здравоохранения во всем Европейском регионе современные теоретические концепции и практические методы в качестве инструментария, необходимого для повышения доступности эффективного терапевтического обучения для всех пациентов с хроническими заболеваниями.

Независимо от того, занимаетесь ли вы предоставлением услуг терапевтического обучения пациентов с хроническими заболеваниями или обучаете работников здравоохранения этим навыкам, я призываю вас использовать данное руководство в качестве источника информации, призванного помочь нам добиться наилучших возможных результатов для пациентов и людей с хроническими заболеваниями повсеместно.

**Д-р Hans Henri P. Kluge,
Директор
Европейское региональное бюро ВОЗ**

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы поблагодарить основную группу авторов: Jill Farrington (Европейское региональное бюро ВОЗ) за концепцию и техническую разработку, Sue Cohen (консультант Европейского регионального бюро ВОЗ) за написание руководства и Joao Raposo (консультант Европейского регионального бюро ВОЗ) за подготовку конкретных материалов и проведение технического рецензирования. Ценные комментарии и предложения в ходе работы были также получены от: Viv Taylor-Gee (консультант Европейского регионального бюро ВОЗ); Krista Kruja (консультант Европейского регионального бюро ВОЗ); Stefanie Gissing (консультант Европейского регионального бюро ВОЗ).

Европейское региональное бюро ВОЗ также выражает благодарность коллегам из ВОЗ за предоставление рекомендаций по проектам руководства (Triin Habicht, Bianca Hemmingsen, Anastasia Koulyu, Ryan Alistair dos Santos, Elena Tsoy), а также за вклад в консультации по техническим вопросам (Aliina Altymysheva; Allison Ekberg Dyaladze; Rusudan Klimiashvili).

Европейское региональное бюро ВОЗ также выражает благодарность следующим лицам за рецензирование и комментарии к проектам руководства и/или вклад иного рода: Stephan van den Broucke (Бельгия); Kjeld Hansen (Норвегия); Karin Lange (Германия); Karen Moor (Королевство Нидерландов); Aline Lasserre Moutet (Швейцария); Lis Neuback (Соединенное Королевство); Lorraine Noble (Соединенное Королевство); Ana Paiva (Португалия); Zoltan Pataky (Швейцария); Andreja Šajnić (Хорватия); Mette Skar (Дания); Florian Toti (Албания); Elizabeth Williams (Соединенное Королевство).

Особая благодарность выражается также многочисленным врачам, руководителям служб, специалистам в области общественного здравоохранения и пользователям услуг, которые поделились своим опытом, а также Viv Taylor-Gee (консультант Европейского регионального бюро ВОЗ) за запись этих историй.

Большую помощь в составлении отчета оказали многочисленные заинтересованные стороны и эксперты по техническим вопросам, предоставившие свои комментарии и принявшие участие в семи консультациях, проведенных в период с апреля по сентябрь 2022 г. для обсуждения направления и содержания руководства. Среди них были следующие эксперты: Karin Lange (Ганноверский медицинский университет (Германия)), Stephan van den Broucke (Лувенский католический университет (Бельгия)) и представители различных учреждений и ассоциаций, таких как: Европейская ассоциация по изучению диабета – исследовательская группа по обучению больных диабетом (Florian Toti); Европейский форум по диабету (Peter Schwarz, Angus Forbes); Европейская кардиологическая сеть (Katrien Verberckmoes, Caius Ovidiu Merşa); Европейское респираторное общество (Karen Moor, Andreja Šajnić); Европейский пульмонологический фонд (Kjeld Hansen, Tessa Jelen); Европейское кардиологическое общество – Ассоциация медицинских сестер по уходу за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями и представителей смежных профессий (Lis Neuback, Izabella Uchmanowicz); Европейское кардиологическое общество – группа пациентов (Inga Drossart); Фонд европейских медицинских сестер по уходу за больными диабетом (Ana Paiva); Международная ассоциация по информационному взаимодействию в области здравоохранения (Lorraine Noble); Международная диабетическая федерация – Европа (Marina Scavini, João Valente Nabais, Eric Werson); Всемирный фонд по борьбе с диабетом (Mette Skar); Всемирная организация национальных колледжей, академий и научных ассоциаций врачей общей практики/семейных врачей – Европа (Mehmet Ungan, Shlomo Vinker); Сотрудничающий центр Всемирной организации здравоохранения по справочным материалам и исследованиям в области образования и стратегий долгосрочного наблюдения за хроническими заболеваниями (Zoltan Pataky). В консультациях также принимали участие национальные эксперты из Грузии (Irina Karosanidze и Nato Shengelia, Национальный учебный центр семейной медицины) и Кыргызстана (Нургуль Ибраева, Министерство здравоохранения).

Работа выполнена при финансовой поддержке правительств Германии, Дании и Российской Федерации.

СОКРАЩЕНИЯ

ИЛФ	идиопатический легочный фиброз
НИЗ	неинфекционные заболевания
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
DESMOND	Программа обучения самостоятельному ведению текущего и недавно диагностированного диабета [Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed]
ORCHA	Организация по обзору приложений в области охраны здоровья и ухода [Organization for the Review of Health and Care Apps]
PDSA	циклы «планирование-выполнение-анализ-действие» [Plan-Do-Study-Act]
PREM	сообщаемые пациентами показатели полученного опыта [patient-reported experience measures]
PROM	сообщаемые пациентами показатели полученных результатов [patient-reported outcome measures]
SMART	S [specific] – конкретные, M [measurable] – измеримые, A [achievable] – достижимые, R [realistic] – реалистичные, T [time-bound] – ограниченные по срокам достижения цели.



1

ВВЕДЕНИЕ

Хронические заболевания¹ могут быть тяжелым бременем для здоровья и благополучия отдельных лиц и целых сообществ. Несмотря на то, что многие люди с одним или несколькими хроническими заболеваниями способны вести здоровую и полноценную жизнь, для некоторых болезнь оказывается ограничивающим фактором, который лишает их возможности в полной мере участвовать в жизни своей семьи и общества.

Пациенты тратят на взаимодействие со своим поставщиком услуг здравоохранения в среднем два часа в год; все остальное время они должны заботиться о себе самостоятельно.

Проф. Karin Lange, руководитель отдела медицинской психологии, Ганноверский медицинский университет, Ганновер (Германия)

Терапевтическое обучение пациентов – это структурированный личностно-ориентированный образовательный процесс, призванный помочь людям с хроническими заболеваниями самостоятельно контролировать состояние своего здоровья с опорой на собственные ресурсы и при поддержке членов семьи или лиц, осуществляющих уход. Обучение проводится квалифицированными работниками здравоохранения и включает несколько видов мероприятий, призванных поддержать самостоятельное ведение болезни. Оно корректируется с учетом состояния пациента и продолжается на протяжении всей его жизни. Такое обучение является неотъемлемой частью лечения хронических заболеваний и может привести к улучшению показателей здоровья и повысить качество жизни пациента (1), одновременно обеспечивая максимально эффективное использование услуг здравоохранения и других ресурсов (вставка 1).

Вставка 1. Примечание относительно терминологии

В данном руководстве термин **«человек с хроническим заболеванием»** будет использоваться для обозначения человека, живущего с хроническим заболеванием, а термин **«пациент»** будет обозначать человека с хроническим заболеванием, взаимодействующего с системой здравоохранения.

1.1. КАКУЮ ЗАДАЧУ ВЫПОЛНЯЕТ НАСТОЯЩЕЕ РУКОВОДСТВО?

Терапевтическое обучение пациентов – это экономически эффективный подход к улучшению показателей здоровья и качества жизни людей с хроническими заболеваниями (2–4). Несмотря на свое широкое применение, это обучение не всегда проводится эффективным образом и нередко становится предметом ошибочных толкований (5, 6).

В результате многие люди необоснованно страдают от хронических заболеваний, а ресурсы системы здравоохранения и общества в целом могут быть потрачены впустую.

Цель данного руководства – помочь разработчикам политики и работникам здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ обеспечить доступность эффективного терапевтического обучения для всех пациентов с хроническими заболеваниями, которые могли бы успешно воспользоваться этим подходом.

В частности, руководство предназначено для тех, кто отвечает за разработку, предоставление или делегирование:

- услуг терапевтического обучения для людей с хроническими заболеваниями;
- программ подготовки работников здравоохранения, обеспечивающих терапевтическое обучение пациентов.

Данное руководство было подготовлено Европейским региональным бюро ВОЗ для оказания помощи странам в Европейском регионе, однако оно может представлять интерес и для тех, кто работает в других регионах ВОЗ.

1.2. КАКОВА СФЕРА ОХВАТА ДАННОГО РУКОВОДСТВА?

Настоящее руководство составлено таким образом, чтобы целевая аудитория могла получить достаточный объем информации о терапевтическом обучении пациентов и вместе с профильными специалистами в своей стране заняться созданием соответствующих эффективных услуг. Оно не является всеобъемлющим пособием, однако содержит ссылки и указатели на другие ресурсы, в которых данные темы рассматриваются более детально.

¹ Иногда их называют длительными состояниями.

В 1998 г. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало рабочий документ о терапевтическом обучении пациентов (1). С тех пор благодаря значительной работе в области развития навыков самостоятельного ведения хронических заболеваний и в других смежных областях, таких как повышение уровня грамотности в вопросах здоровья, удалось значительно расширить представление о терапевтическом обучении пациентов. В настоящем руководстве учтены все новые подходы, концепции и формы предоставления таких услуг.

По мере развития этой области ключевые термины использовались по-разному, а некоторые определения по-прежнему отличались неточностью, что затрудняло толкование и сравнение результатов исследований (7). В настоящем руководстве читателям предлагаются определения ключевых терминов, которые фигурируют на протяжении всего документа, и одновременно отмечается наличие проблем или расхождений в отношении определения или использования того или иного термина.

Терапевтическое обучение пациентов объединяет несколько видов мероприятий, призванных поддержать самостоятельное ведение болезни. Несмотря на то, что предметом настоящего руководства является именно терапевтическое обучение, в нем также упоминаются другие виды мероприятий, направленных на поддержку самостоятельного ведения болезни, и обсуждается важность их использования наряду с терапевтическим обучением пациентов.

Хотя терапевтическое обучение пациентов может применяться в отношении широкого спектра заболеваний и подходит для людей любого возраста, в данном руководстве основное внимание уделяется опыту взрослых людей с хроническими неинфекционными заболеваниями (НИЗ), такими как сердечно-сосудистые заболевания (гипертония, сердечная недостаточность), хронические респираторные заболевания (астма и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)) и диабет.

Человек, страдающий диабетом, в среднем думает о своей болезни каждые 20 минут ежедневно на протяжении всей оставшейся жизни.

Европейское региональное бюро ВОЗ (8).

1.3. КАК БЫЛО РАЗРАБОТАНО НАСТОЯЩЕЕ РУКОВОДСТВО?

При разработке данного руководства Европейское региональное бюро ВОЗ создало две группы, в одну из которых вошли люди, живущие с хроническими заболеваниями, такими как диабет, сердечно-сосудистые и хронические респираторные заболевания, а в другую – ученые и работники здравоохранения, специализирующиеся на таких дисциплинах, как кардиология, диабетология, грамотность в вопросах здоровья, сестринское дело, психология и общественное здравоохранение. В течение 2022 г. представители ВОЗ встречались с каждой группой по отдельности и вместе семь раз, чтобы обсудить подход, план и проект текста, учесть их предложения и рекомендации относительно нескольких проектов руководства, а также собрать примеры из личного опыта и профессиональной практики в качестве иллюстраций к представленным материалам.

При составлении руководства использовались фактические данные и существующая профильная литература. Существует множество систематических обзоров эффективности терапевтического обучения пациентов и поддержки самостоятельного ведения болезни, причем некоторые из них посвящены конкретным заболеваниям (9–13), а еще часть – действенности терапевтического обучения пациентов или поддержки самостоятельного ведения болезни в условиях стационаров или звена первичной медико-санитарной помощи (14).

Читатель должен осознавать сложность проведения анализа фактических данных в этой области, поскольку в большинстве исследований и систематических обзоров рассматриваются конкретные мероприятия, проводившиеся в определенных группах пациентов, и часто измеряются разные виды результатов, что затрудняет обобщение всех мероприятий по терапевтическому обучению пациентов в отношении всего спектра заболеваний. В ряде отчетов и исследований была предпринята попытка преодолеть эту трудность путем синтеза всего массива работ в целях формулирования общих выводов об эффективности терапевтического обучения пациентов и поддержки самостоятельного ведения болезни. Они были использованы при составлении настоящего руководства (2–4, 14–16).

Тематические или актуальные данные отмечены в руководстве в виде оранжевых вставок. Читателям, которых интересуют фактические данные по конкретным мероприятиям, рекомендуется обратиться к систематическим обзорам (2–4) и таким ресурсам, как Кокрановская библиотека (17) и платформа COMPAR-EU (18), где выявляются, сравниваются и ранжируются наиболее эффективные и рентабельные меры по самостоятельному ведению болезни в Европе, предназначенные для взрослых людей, имеющих какие-либо из четырех основных хронических заболеваний.

1.4. КАК ОРГАНИЗОВАНА СТРУКТУРА РУКОВОДСТВА?

Для того чтобы читатели смогли извлечь максимум пользы из руководства, в начале каждой главы излагаются ее основные тезисы.

В главах 2 и 3 приводится справочная информация, например обсуждение экономической эффективности, стратегические аспекты, а также некоторые основополагающие концепции терапевтического обучения пациентов.

В главе 4 описываются способы проведения терапевтического обучения пациентов как неотъемлемой части медицинской помощи людям, живущим с хроническими заболеваниями.

В главе 5 обсуждаются способы разработки и реализации программ подготовки работников здравоохранения в области терапевтического обучения пациентов в рамках более широкой подготовки по проведению мероприятий, призванных поддержать пациентов в вопросах самостоятельного ведения болезни.

Последние две главы руководства посвящены системе здравоохранения и услугам терапев-

тического обучения пациентов. В главе 6 перечисляются факторы на уровне системы здравоохранения, которые могут как способствовать, так и препятствовать предоставлению услуг терапевтического обучения пациентов, а также говорится о том, каким образом разработчики политики могут повлиять на эти факторы. В главе 7 рассматриваются операционные аспекты разработки и реализации услуг терапевтического обучения пациентов, такие как организация оказания такой услуги, устранение несправедливостей в доступе к ней, повышение качества и оценка эффективности.

Ключевые термины выделены жирным шрифтом в соответствующих местах текста, а цитаты вставлены в качестве иллюстрации опыта людей, живущих с хроническими заболеваниями, и подходов, используемых работниками здравоохранения и разработчиками политики.

Конкретная информация сгруппирована в виде вставок:

- каждая глава начинается со вставки с основными тезисами;
- важные термины или идеи приводятся в зеленых вставках;
- фактические данные, подтверждающие предлагаемые подходы, перечислены в оранжевых вставках;
- примеры из практики стран в Европейском регионе ВОЗ приводятся в золотых вставках;
- разные этапы из истории пациентов описываются в синих вставках.

2

Контекст

Терапевтическое обучение пациентов объединяет несколько типов мероприятий, призванных поддержать самостоятельное ведение болезни. Оно может быть экономически эффективным и приносить пользу людям, живущим с хроническими заболеваниями, системе здравоохранения и всему обществу.

В данной главе рассматриваются некоторые важные контекстуальные факторы, влияющие на услуги терапевтического обучения пациентов, в том числе концепции и мероприятия в области поддержки самостоятельного ведения болезни. В ней также описывается более широкий стратегический контекст лечения НИЗ.

Цель терапевтического обучения заключается в том, чтобы помочь пациентам **самостоятельно контролировать** свои хронические состояния на протяжении всей жизни; оно корректируется с учетом меняющихся обстоятельств, а также при изменении состояния и лечения пациентов.

Самостоятельное ведение болезни – это меры, к которым пациенты с хроническими заболеваниями прибегают для того, чтобы контролировать свою болезнь и не допускать осложнений (1), обеспечивая такой баланс между повседневной жизнью и лечением заболевания и решением сопутствующих ежедневных проблемам, чтобы достигнуть наилучших результатов и переключить внимание с недуга на оздоровление.

Перед человеком, живущим с хроническими заболеваниями, стоят три фундаментальные и взаимозависимые задачи по самостоятельному ведению болезни (19):

- контроль медицинских аспектов заболевания;
- выполнение своих жизненных функций и задач, в том числе при их изменении в связи с болезнью;
- преодоление психологических и эмоциональных последствий хронических заболеваний.

Мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни – это меры, которые систематически принимаются для расширения знаний и развития навыков пациентов, а также для повышения их уверенности в собственной способности контролировать свои хронические заболевания. Они призваны максимально вовлечь пациентов (и лиц, занимающихся уходом за ними на неформальной основе, если это необходимо) в процесс ведения их хронических заболеваний (7). Мероприятия, как правило, представляют собой совокупность методов, так как это более эффективно, чем выполнение каждой методики по отдельности (2, 4).

Они могут осуществляться специалистами здравоохранения и/или пациентами. Пациенты также могут играть важную роль в формировании услуг за счет, например, участия в их разработке (см. главы 3 и 7).

2.1. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ?

Терапевтическое обучение пациентов может представлять собой **учебное мероприятие**, которое направлено на улучшение **результатов лечения** и проводится квалифицированными специалистами здравоохранения для оказания пациентам поддержки в самостоятельном ведении хронических заболеваний при помощи лиц, осуществляющих уход, и членов семьи.

Поскольку в разных дисциплинах и материалах предлагаются разные определения одних и тех же терминов, в данном руководстве термин «терапевтическое обучение пациентов» используется для описания деятельности, которая:

- является **терапевтической**, то есть может влиять на результаты лечения как самостоятельно, так и в сочетании с другими терапевтическими мероприятиями (например, фармакологического или физиотерапевтического характера);
- предназначена для **пациента и/или лиц, осуществляющих уход за ним**, и выполняется в рамках программы лечения;
- носит **образовательный характер**, то есть это структурированный процесс, учитывающий потребности пациента и призванный поддержать его в приобретении или сохранении навыков, необходимых для самостоятельного ведения болезни посредством:
 - постановки целей, планирования действий и принятия решений исходя из общего понимания ситуации и потребностей пациента;
 - обмена информацией о состоянии, рисках для здоровья и вариантах лечения, а также обучения практическим навыкам (включая самостоятельное наблюдение за своим состоянием).

2.2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ: ЧАСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДДЕРЖКЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНИ

Мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни входят в большую группу лечебных мероприятий (20). В таблице 1 представлено все богатство таких мероприятий с использованием таксономии, разработанной в рамках проекта Европейского союза по оценке их эффективности и рентабельности (7), а также приводится их классификация по отдельным областям.

Терапевтическое обучение пациентов объединяет несколько типов мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни.

Несмотря на отсутствие четкого различия между терапевтическим обучением пациентов и другими мерами поддержки самостоятельного ведения болезни, таксономия может быть использована для определения тех мероприятий, которые можно отнести к преимущественно терапевтическому обучению пациентов, и тех, которые обычно рассматриваются как элементы более широкой группы мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни.

По сравнению с другими мероприятиями по поддержке самостоятельного ведения болезни основной целью терапевтического обучения пациентов является улучшение клинических результатов и качества жизни.

Таблица 1. Классификация мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни

Подобласть	Элементы
Область 1. Характеристики мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни	
1.1. Метод поддержки	Обмен информацией, развитие навыков, преодоление стресса и/или контроль над эмоциональным состоянием, совместное принятие решений, постановка целей и планирование действий, развитие навыков решения проблем, обучение самоконтролю и обратная связь, использование подсказок и напоминаний, поощрение использования услуг, предоставление оборудования, социальная поддержка, коучинг и мотивационное консультирование
1.2. Метод оказания поддержки	Посещение кабинетов врачей, поддерживающие сеансы и самостоятельные вмешательства, телефонные звонки, смартфоны, интернет, специальные приспособления
1.3. Тип встреч	Личная консультация, консультация на расстоянии
1.4. Получатель	Отдельное лицо, группа и конкретные популяции
1.5. Тип поставщика услуг	Врач, медсестра, фармацевт, физиотерапевт, эрготерапевт, социальный работник, психолог, диетолог/специалист по вопросам питания, помощник врача, человек с таким же заболеванием, неспециалист и поставщик услуг
1.6. Место	Больница (стационар), центр долговременного ухода/дом престарелых, уход по месту жительства, уход на дому, первичная помощь, амбулатория, рабочее место
Область 2. Ожидаемое от пациента/лица, осуществляющего уход, поведение при самостоятельном ведении болезни	
2.1. Образ жизни	Привычки в питании, физическая активность/упражнения, прекращение или сокращение курения, прекращение или сокращение употребления алкоголя или других вредных веществ, здоровый сон

Таблица 1. (продолжение)

Подобласть	Элементы
2.2. Клиническое ведение	Поведение, обусловленное конкретным заболеванием, самоконтроль, прием лекарств и соблюдение предписанного режима терапии, раннее распознавание симптомов, обращение в случае необходимости за профессиональной или неотложной помощью, управление устройствами и управление физическим состоянием
2.3. Психологическое управление	Управление эмоциями
2.4. Социальное управление	Адаптация к рабочим условиям и социальному функционалу и способность выполнять работу
2.5. Работа с медицинским/ социальным работником	Общение с медицинским и/или социальным работником
Область 3. Результаты	
3.1. Базовое расширение прав и возможностей/ компетенций	Уровень знаний, грамотности в вопросах здоровья, развития навыков, самоофективности и активности пациента
3.2. Приверженность поведению самостоятельного ведения болезни	Образ жизни, клинические, психологические и социальные аспекты, взаимодействие и связь с поставщиками медицинских/социальных услуг
3.3. Клинические результаты	Прогрессирование болезни (клинические маркеры, симптомы), осложнения, неблагоприятные события и смертность
3.4. Качество жизни пациента/лица, осуществляющего уход	Общее качество жизни, физическое, психологическое, эмоциональное, социальное и сексуальное функционирование и бремя лечения
3.5. Восприятие лечения/ удовлетворение лечением	Общая удовлетворенность мероприятиями по самостоятельному ведению болезни, оценка своей информированности как высокой и достаточной (качество предоставления информации), восприятие отношений между пациентом и поставщиком услуг, а также персонализированный уход
3.6. Пользование услугами здравоохранения	Тип и количество посещений, случаев госпитализации и обращений за экстренной помощью
3.7. Затраты	Затраты пациентов на здравоохранение, затраты сектора здравоохранения, прямые немедицинские затраты и издержки для общества

Примечание: на основе таксономии мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни, использованной в проекте COMPAR-EU. Областями, которые использовались для разграничения терапевтического обучения пациентов и других мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни, являются область 1 (характеристики мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни) и область 3 (результаты).

Источник: на основе Orrego et al. (7). Воспроизводится по лицензии CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Методы поддержки включают обмен информацией, развитие навыков, совместное принятие решений, постановку целей и планирование действий, обучение самоконтролю и предоставление обратной связи. В качестве поставщика этих услуг выступает работник здравоохранения.

К мероприятиям по поддержке самостоятельного ведения болезни, которые обычно не расцениваются как терапевтическое обучение пациентов, относятся мероприятия, направленные в первую очередь на расширение возможностей пациентов или обеспечение более тщательного самостоятельного ведения болезни.



Тесса живет в квартире на третьем этаже и страдает ХОБЛ, эмфиземой, ревматоидным артритом и фиброзом. Она пользуется кислородным аппаратом, который носит с собой.

«ХОБЛ – это так утомительно. При ходьбе трудно поддерживать потребление кислорода, поэтому ты больше ни о чем не можешь думать и в результате теряешь всякую связь с окружающим миром».

Жизнь с ХОБЛ: Тесса, 78 лет, бывший менеджер



Такие методы поддержки включают стимулы к использованию услуг, предоставление оборудования, социальную поддержку, коучинг и мотивационное консультирование; а в качестве поставщиков услуг могут выступать не только работники здравоохранения, но и обычные люди и сами пациенты.

Основным предметом настоящего руководства является терапевтическое обучение пациентов, однако при этом признается, что специалисты в этой области иногда используют и другие методы поддержки самостоятельного ведения болезни в зависимости от потребностей конкретных пациентов.

2.3. ПОЧЕМУ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТАК ВАЖНО?

Терапевтическое обучение пациентов играет важную роль в ведении таких хронических НИЗ, как диабет, гипертония и респираторные заболевания.

НИЗ представляют собой проблему здравоохранения, масштабы которой растут как во всем мире, так и в Европейском регионе ВОЗ. Ишемическая болезнь сердца, инсульт, диабет и ХОБЛ – четыре из пяти основных заболеваний, приводящих к нетрудоспособности, что определяется по числу утраченных лет здоровой жизни среди взрослого населения в возрасте старше 50 лет (21). Отмечается также значительный рост распространенности диабета и числа людей с двумя и более хроническими заболеваниями (22).

В Европейском регионе ВОЗ численность людей с хроническими заболеваниями и их потребности неуклонно растут.

Это происходит отчасти из-за увеличения доли пожилых людей, для которых характерны повышенный риск развития хронических заболеваний, наличие двух и более болезней и сниженная способность самостоятельно контролировать свое состояние. Кроме того, воздействие нездоровой окружающей среды предрасполагает к широкому распространению таких факторов риска, как неправильное питание и недостаток физической активности, что, в свою очередь, приводит к росту числа случаев сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

Терапевтическое обучение пациентов так важно, потому что оно:

- помогает людям с хроническими заболеваниями принимать решения относительно своего здоровья и благополучия в целях улучшения собственных клинических результатов и повышения качества жизни (2, 4, 16);
- содействует созданию более технически и экономически эффективной системы здравоохранения (4, 23), тем самым создавая возможности для сокращения использования услуг здравоохранения и сопутствующих затрат (вставка 2);
- помогает людям, живущим с хроническими заболеваниями, в полной мере реализовать свой потенциал, чтобы принимать более активное участие в жизни общества и нуждаться в меньшем объеме поддержки, что дает значительную экономическую и социальную пользу.

Вставка 2. Каковы доказательства того, что мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов являются экономически эффективными и могут снизить уровень использования услуг здравоохранения?

Анализу рентабельности мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов посвящено меньше систематических обзоров и исследований, чем вопросам эффективности таких мероприятий.

Имеющиеся данные говорят о том, что мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов являются экономически эффективными, но при этом подчеркивается, что этот показатель зависит от затрат, связанных с выбранным методом оказания помощи (23, 24). Некоторые исследования показали, что меры по поддержке самостоятельного ведения болезни могут быть экономически эффективными за счет снижения осложнений хронических заболеваний в долгосрочной перспективе (25, 26).

Имеются данные о том, что оказание поддержки пациенту в целях самостоятельного ведения болезни может снизить использование услуг здравоохранения. В этом отношении программы, ориентированные на ведение конкретных заболеваний, могут быть более эффективными, чем программы общего характера (3). По итогам обзоров научных исследований было установлено, что обучение навыкам самостоятельного ведения болезни и планирования ухода помогает сократить число случаев госпитализации, внеплановых посещений врача, пропусков работы или школы у людей с астмой, а также число случаев госпитализации у пациентов с ХОБЛ (3).

В рамках проекта COMPAR-EU собрана и проанализирована информация о предполагаемых затратах и экономической эффективности различных видов мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни четырех самых распространенных заболеваний (18), что может быть полезным источником информации для читателей.

2.4. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

Существует ряд стратегий и инициатив в области здравоохранения на глобальном уровне и на уровне Европейского региона ВОЗ, обеспечивающих условия для предоставления услуг по терапевтическому обучению пациентов с хроническими заболеваниями и НИЗ.

На глобальном уровне на трех совещаниях высокого уровня Организации Объединенных Наций и в резолюциях по профилактике НИЗ и борьбе с ними (27–29), принятых в 2011, 2014 и 2018 гг., было признано существование тяжелого бремени НИЗ и подтверждено право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

В 2015 г. были приняты Цели в области устойчивого развития; в рамках Цели 3, касающейся хорошего здоровья и благополучия, были

поставлены задача 3.4 – снизить риск преждевременной смертности от основных НИЗ на одну треть к 2030 г. – и задача 3.8 – обеспечить всеобщий охват населения услугами здравоохранения (30). В докладе 2020 г. о среднесрочной оценке отмечалось отсутствие прогресса в борьбе с НИЗ в разных странах, что свидетельствует о том, что многие системы здравоохранения не справляются с растущим бременем НИЗ (31).

В Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2030 гг. (32, 33) рекомендуется принимать меры для расширения возможностей людей с НИЗ, с тем чтобы они могли лучше контролировать свое заболевание, а также проводить обучение, создавать стимулы и предоставлять инструменты для самостоятельного лечения и ведения болезни; эта рекомендация повторяется в аналогичном плане действий по профилактике НИЗ в Европейском регионе ВОЗ (34).

Что касается конкретных хронических заболеваний, то в резолюции 74/4 Всемирной ассамблеи здравоохранения от 2021 г., касающейся диабета, государствам-членам настоятельно рекомендуется укреплять системы здравоохранения и предоставлять высококачественные, комплексные и лично-ориентированные услуги первичной медико-санитарной помощи для всех; обеспечить достаточную численность квалифицированных специалистов, располагающих всем необходимым оснащением; активизировать пропаганду здорового образа жизни и повысить грамотность в вопросах здоровья, в том числе путем предоставления доступа к понятным, высококачественным и удобным для пациента информации и программам обучения (35).

В Тринадцатой общей программе работы ВОЗ на 2019–2023 гг. (36) и Европейской програм-

ме работы на 2020–2025 гг. (37) большое внимание уделяется достижению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, и в настоящее время существует целый ряд рамочных программ по укреплению лично-ориентированных услуг здравоохранения как на глобальном уровне (38, 39), так и в масштабах Европейского региона ВОЗ (40). Кроме того, в Региональном плане действий также представлены флагманские инициативы по расширению возможностей с помощью цифрового здравоохранения, призванные поддержать страны в их усилиях по переходу на цифровые технологии в целях укрепления здоровья населения (41), а также инициативы по пропаганде более здорового образа жизни, учитывающие социальные, поведенческие и культурные факторы, включая грамотность в вопросах здоровья, в целях углубленного анализа особенностей человеческого поведения (42).

З

АНАЛИЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Принципы терапевтического обучения пациентов были разработаны на основе научно обоснованных концепций и моделей из ряда дисциплин, включая поведенческие науки, системы здравоохранения и образование взрослого населения.

В этой главе рассматривается ряд важных моделей и концепций, лежащих в основе терапевтического обучения пациентов и разработанных под влиянием таких дисциплин, как поведенческие науки, системы здравоохранения и образование взрослого населения.

3.1. АНАЛИЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ПАЦИЕНТА

3.1.1. Эмоциональное состояние

От эмоционального состояния пациента в значительной степени зависит тот уровень пользы, которую он извлечет из терапевтического обучения. Судя по всему, между негативными эмоциями (такими, как страдания, депрессия, гнев/враждебность и тревога) и хроническими заболеваниями существует взаимосвязь (43). Кроме того, эмоциональное бремя, связанное с лечением хронического заболевания или с риском развития серьезных осложнений вследствие этого заболевания, само по себе ассоциируется с большей пассивностью в части самостоятельного ведения болезни (44).

Эмоциональные страдания и депрессия могут повлиять на соблюдение режима лечения и снизить влияние грамотности в вопросах здоровья на поведение пациента при самостоятельном ведении болезни. Другими словами, эмоциональные страдания, незави-

симо от того, связаны ли они с хроническим заболеванием или нет, могут помешать пациентам использовать медицинскую информацию для самостоятельного ведения болезни в оптимальном формате (45).

3.1.2. Лица, осуществляющие уход, и члены семьи

Лица, осуществляющие уход, и члены семьи человека с хроническим заболеванием часто играют важную роль в его жизни, оказывая ему как практическую, так и эмоциональную поддержку. Они могут помогать с приемом лекарств или использованием оборудования, необходимого для контроля состояния, готовить еду, создавать условия для занятий спортом и ходить с пациентом к врачу. Они могут играть важную роль в поддержании эмоционального благополучия человека и влиять на его мотивацию самостоятельно вести свое заболевание и участвовать в терапевтическом обучении.

У лиц, осуществляющих уход, и членов семьи может возникнуть потребность в повышении уровня знаний, навыков и уверенности в себе, чтобы они могли оказывать поддержку человеку, живущему с хроническим заболеванием. В некоторых случаях им может самим потребоваться поддержка, например, в виде курсов для лиц, осуществляющих уход.

Одиноким людям могут столкнуться с дополнительными трудностями при самостоятельном ведении болезни, и им может потребоваться помощь и поддержка со стороны знакомых и общества в целом.



Четыре года назад мне был поставлен диагноз хронической обструктивной болезни легких. Мне пришлось проходить курс легочной реабилитации по два часа в неделю в течение шести недель. ... Это очень помогло. Если бы не этот курс, меня бы здесь уже не было. Но потом нам сказали: «А теперь вы сами по себе».

Для того чтобы сохранить положительную динамику, я организовал местную группу пациентов. Мы нашли и наняли специализированного тренера и стали проводить еженедельные встречи в общественном центре. Мне пришлось преодолеть ряд бюрократических трудностей, но сейчас наша группа насчитывает уже 20 человек, и ее существование очень много значит для всех нас.

Жизнь с ХОБЛ: Тим, 72 года, основатель общественной группы для людей, живущих с хроническими заболеваниями легких



3.1.3. Поддержка сообщества и людей с аналогичным заболеванием

Люди, живущие с хроническими заболеваниями, могут обращаться за поддержкой к членам сообщества и другим людям с таким же заболеванием. Такие группы становятся значимым источником поддержки для людей с хроническими заболеваниями, которые занимаются самостоятельным ведением своей болезни (46).

Группы людей с одинаковыми хроническими заболеваниями могут вести деятельность по защите своих интересов, повышая осведомленность работников здравоохранения и общества о своих потребностях и опыте получения услуг. Они могут содействовать участию пользователей в процессах разработки и предоставления услуг.

Группы людей с аналогичными заболеваниями могут быть важным источником достоверной информации и поддержки для лиц, живущими с хроническими болезнями. Такие группы часто отличаются более высокой доступностью, чем специалисты здравоохранения, и способны предлагать практические подходы к решению проблем, с которыми сталкиваются люди, живущие с хроническими заболеваниями. Они также могут предоставлять консультации по решению проблем, которые не связаны напрямую с охраной здоровья, но при этом оказывают большое влияние на жизнь людей, например, в отношении контроля хронических состояний на рабочем месте.

Группы пациентов могут собираться как лично, так и в режиме онлайн, а в качестве их организаторов и модераторов могут выступать пациенты или люди, живущие с тем или иным заболеванием, как, например, объединения, созданные благотворительными организациями или ассоциациями. Существуют также неформальные группы в социальных сетях.

3.2. КОНЦЕПЦИИ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНИ

Существует ряд концепций, опирающихся на опыт систем здравоохранения и выводы поведенческих наук и способных помочь разработчикам политики и работникам здравоохранения понять, от каких факторов

может зависеть успех самостоятельного ведения болезни пациентом. В данном разделе мы не пытаемся подробно обсудить эти концепции, а лишь показываем, как они могут пригодиться при разработке и оценке услуг терапевтического обучения пациентов и программ подготовки работников здравоохранения. Для получения более подробной информации по этим вопросам читателям рекомендуется обратиться к соответствующей литературе.

Грамотность в вопросах здоровья – важное понятие, заимствованное из социальных и поведенческих наук (47). Оно включает в себя знания, умения и мотивацию человека, позволяющие ему получать, понимать, оценивать и применять информацию о здоровье для вынесения суждений и принятия повседневных решений по вопросам здравоохранения, профилактики заболеваний и укрепления здоровья в целях поддержания или улучшения качества жизни на протяжении всего жизненного пути (48).

Цели инициатив, предназначенных для решения проблем низкой грамотности в вопросах здоровья, поддержки самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов, имеют много общего, хотя их направленность и подходы могут различаться. Меры по борьбе с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья включают повышение уровня грамотности населения в вопросах здоровья с помощью стратегий общественного здравоохранения, а также адаптацию сообщений и изменение организационной политики в соответствии с потребностями людей с низким уровнем такой грамотности. В то время как терапевтическое обучение пациентов имеет клиническую направленность и предполагает принятие мер для поддержки людей с хроническими заболеваниями.

Высокий уровень грамотности в вопросах здоровья позволяет людям принимать обоснованные решения относительно своего здоровья, принимать активное участие в собственном лечении и хорошо ориентироваться в особенностях системы здравоохранения. Вот почему грамотность в вопросах здоровья так важна с точки зрения оказания поддержки больным, их семьям и лицам, осуществляющим уход, при самостоятельном ведении болезни.

Грамотность в вопросах здоровья не является константой и зависит от конкретных условий, поэтому ее уровни могут варьироваться на протяжении всей жизни в зависимости от состояния здоровья человека, а также от его потребностей и условий, связанных со здоровьем. Личностно-ориентированное обучение означает, что применяемые стратегии также должны корректироваться с учетом уровня грамотности конкретного человека (48).

Терапевтическое обучение пациентов может способствовать повышению уровня грамотности в вопросах здоровья. Кроме того, грамотность в отношении конкретного заболевания может рассматриваться как результат терапевтического обучения пациента, в то время как общая грамотность в вопросах здоровья способна влиять на эффективность терапевтического обучения пациента (49).

Смежные понятия **ухода, ориентированного на потребности пациента; личностно-ориентированного ухода; ухода, ориентированного на потребности людей, и конструктивного взаимодействия с людьми, имеющими соответствующий жизненный опыт**, относятся к системе взаимоотношений между отдельными людьми и поставщиками услуг здравоохранения.

Термин **«уход, ориентированный на потребности пациента»** означает, что основное внимание уделяется опыту людей, получающих медицинскую помощь. Уход, ориентированный на потребности пациента, определяется как оказание помощи с учетом и уважением индивидуальных предпочтений, потребностей и ценностей пациента, а также как отражение жизненных ценностей пациента в любых решениях медицинского характера (50).

Личностно-ориентированный уход призван обеспечить человеку полноценную жизнь, что является более широкой, чем принятие решений об оказании медицинской помощи. Такой уход предусматривает следующие четыре принципа:

- бережное отношение к достоинству человека, сострадание и уважение;
- предоставление скоординированного ухода, поддержки или лечения;
- предоставление персонализированного ухода, поддержки или лечения;

- оказание людям поддержки, чтобы они смогли осознать и укрепить собственные силы и способности и обрели возможность вести независимую и полноценную жизнь (46).

Уход, ориентированный на потребности людей, также сосредоточен на развитии таких систем здравоохранения, которые будут организованы с учетом комплексных потребностей людей, а не в зависимости от отдельных заболеваний (51).

Поскольку существующая терминология отличается неточностью, а термины иногда используются как взаимозаменяемые (6, 52), в настоящем руководстве для обозначения этих понятий используется термин «личностно-ориентированный уход» в трактовке, которая приводится выше.

Термин **«конструктивное взаимодействие с людьми, имеющими соответствующий жизненный опыт»** (53) схож с термином «личностно-ориентированный уход», но в нем особое внимание уделяется роли пациента в формировании услуг в качестве равноправного партнера. ВОЗ определяет термин «конструктивное взаимодействие» как «уважительное, достойное и справедливое отношение к людям с соответствующим жизненным опытом и их вовлечение в различные процессы и виды деятельности в благоприятных для этого условиях, в которых люди наделены соответствующими возможностями и полномочиями; отношение к жизненному опыту как к ценному ресурсу и форме знаний и его применение для улучшения показателей здоровья».

Между личностно-ориентированным уходом, поддержкой самостоятельного ведения болезни и терапевтическим обучением пациентов есть определенные точки соприкосновения. Все они признают важность установления партнерских связей между пациентом и специалистом здравоохранения, которые совместными усилиями стараются разобраться в ситуации пациента, определить его приоритеты и составить действенный план для выполнения целей лечения (15, 54–56). Концепция пациентов-партнеров (54, 57–59), в частности, предполагает, что пациенты сотрудничают со специалистами здравоохранения не только в целях обеспечения собственного лечения, но и в интересах развития общих услуг (см. главу 7).

Терапевтическое обучение пациентов направлено на то, чтобы пациент брал на себя больше ответственности за собственное здоровье. Я не знаю, готово ли медицинское сообщество к таким полномочиям. Не знаю, готовы ли к этому и пациенты. Это может быть довольно сложно. Но ориентация на потребности пациента – один из основных принципов семейной медицины. Наши врачи, прошедшие подготовку в области семейной медицины и общей практики, очень довольны таким подходом. В результате улучшаются не только медицинские показатели: пациент вовлечен в процесс, получает новые навыки, испытывает больше радости и чувствует себя менее подавленным, а значит, уровень удовлетворенности врачей тоже растет».

Проф. Mehmet Ungan, профессор семейной медицины в Турции, бывший президент Всемирной организации семейных врачей

Совместное принятие решений – важный компонент лично-ориентированного ухода и мероприятий терапевтического обучения пациентов. Специалисты здравоохранения и пациенты вместе выбирают диагностические тесты, методы лечения и способы ведения или поддержки, основываясь на клинических данных и предпочтениях пациента, обладающего соответствующей информацией.

Для совместного принятия решений обе стороны должны взять на себя обязательства обмениваться информацией и разделить ответственность за принятие решений, признавая в этом необходимость и с уважением относиться к точке зрения друг друга (60).

С точки зрения психологии эти четыре концепции могут помочь работникам здравоохранения понять, почему люди, живущие с хроническими заболеваниями, могут заниматься самостоятельным ведением болезни или, наоборот, отказываться от него (рис. 1).

- **Самозффективность** можно определить как веру человека в свои способности выполнять действия, которые приведут к желаемому результату (61). Уверенность пациента в собственных силах является важным показателем, на основании которого можно спрогнозировать успех самостоятельного ведения болезни (19).

- **Самостоятельность пациента** предполагает, что он действует по собственному выбору, а не под давлением. Такая форма автономии считается фундаментальной психологической потребностью, лежащей в основе благополучия (62).
- **Самооценка** подразумевает способность человека постоянно оценивать эффективность собственных действий и ожидаемых результатов. Сюда входят мониторинг результатов анализов и уверенность человека в том, что он сам сможет справиться со своими проблемами.
- **Расширение прав и возможностей пациента** означает способность пациента контролировать свое состояние, а также активно участвовать в лечении (63). Мероприятия, направленные на поддержку и расширение прав и возможностей пациентов по уходу за собой, могут способствовать повышению его уверенности в себе и самостоятельности, расширению знаний, более эффективным моделям поведения при уходе за собой, соблюдению режима лечения и улучшению его показателей здоровья (64).

Поведенческая концепция, которая широко используется для разработки и оценки мероприятий по самостоятельному ведению болезни, называется **«активацией пациента»**. Она определяется как «знания, навыки и уверенность человека в контроле своего собственного здоровья и медицинской помощи» (65). Пациенты с высоким уровнем активации понимают, в чем заключается их роль в процессе ухода за собой, и чувствуют в себе достаточно сил для ее выполнения. Лица с более высокой активацией чаще склонны к здоровому поведению и более успешно справляются с ведением хронических заболеваний (65).

3.3. ЭФФЕКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Взаимодействие с системой здравоохранения – это сложный процесс поддержки ухода за пациентом, включающий вербальное и невербальное поведение, а также наглядные пособия и другие вспомогательные материалы (например, инфографику, брошюры и цифровые средства).

Рис. 1. Иллюстрации, отражающие ряд понятий, которые могут быть полезны для понимания концепции самостоятельного ведения болезни



Эффективность взаимодействия может также зависеть от условий оказания помощи; например, шумные приемные покои, неправильная планировка помещения или прерывание разговора могут препятствовать плодотворному общению врача и пациента.

В основе эффективного взаимодействия в сфере здравоохранения лежат такие фундаментальные ценности, как уважение, сострадание и сотрудничество (55, 66, 67). Выбор терминологии, используемой специалистом здравоохранения, может повлиять на то, как

пациент воспринимает свое состояние, и на его самозффективность, от которой, в свою очередь, зависит его способность справляться с заболеванием. Лексика, применяемая при общении с пациентами, а также для обсуждения их состояния, может влиять на степень их вовлеченности в процесс ухода за своим здоровьем. Выражения, которые использует работник здравоохранения во время приема для обозначения пациенту ключевых задач, могут свидетельствовать как о партнерском участии пациента, так и о пассивности его роли (таблица 2).

Таблица 2. Пример выражений, свидетельствующих об активной или пассивной роли пациента

Задача	Активная роль пациента	Пассивная роль пациента
Определение повестки дня	Чем я сегодня могу вам помочь?	В чем заключается ваша проблема?
	Что бы вы хотели обсудить сегодня?	Ваши результаты анализов не улучшились с прошлого раза
Определение потребностей, предпочтений и опасений пациента	Что для вас наиболее важно?	Есть ли вопросы?
	Что бы вы хотели обсудить сегодня?	Понятно ли вам?

Определенные слова или фразы могут подразумевать пассивность пациента или в скрытой форме обвинять его (67–69). Это относится к выражениям, часто используемым специалистами здравоохранения (таблица 3).

Таблица 3. Примеры негативного воздействия лексики

Тема	Пример	Негативное воздействие
Процесс оказания услуг здравоохранения	Сбор анамнеза	Подразумевает пассивное предоставление информации человеком
Пациент	42-летний диабетик с ожирением	Предполагает, что клиническое состояние пациента является его истощающей характеристикой, и может сопровождаться стигматизацией
Ожидания от поведения пациента	Приверженность лечению	Подразумевает, что от пациента ожидается простое выполнение назначений

Формулировки, которые кажутся обвиняющими или унижающими достоинство пациентов, могут стигматизировать людей, живущих с хроническими заболеваниями. Это может привести к потере уверенности в собственных силах и снижению доверия к работникам здравоохранения (70). Такие высказывания могут также отражать воспринимаемую ценность того или иного решения или поведения и выглядеть как осуждение. Например, если работник здравоохранения описывает изменения в рационе питания или физической активности как «маленькие шажки», в то время как пациент считает их очень значительными, это может повлиять на вовлеченность пациента и его желание меняться.

Работники здравоохранения должны уметь использовать лексику, соответствующую потребностям различных пациентов. При

этом следует учитывать уровень грамотности пациента в вопросах здоровья и культурные факторы.

Пациенты с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья реже принимают активное участие в консультациях, менее охотно делятся информацией из-за чувства стыда или страха перед стигматизацией и чаще перекладывают принятие решений на плечи работника здравоохранения (71).

Культурные различия между пациентами и специалистами иногда могут проявляться в языковом несоответствии, которое возникает, когда у специалиста и пациента нет общего понимания некоторых слов или фраз, например слов, используемых для описания частей тела или функций организма.



Один из моих главных призывов к медицинским работникам – просто будьте добрее и не отчитывайте нас, как детей, когда мы не делаем того, что следовало бы. Достаточно разъяснить нам основные принципы лечения, а вот читать нотации не надо.

Помню, когда я был подростком, в мою больничную палату зашел один консультант в сопровождении 12 студентов-медиков. Он не поздоровался ни со мной, ни с моей мамой. Он просто повернулся к студентам, показал на меня и, имея в виду запах изо рта, характерный для людей с диабетом, произнес: «Чувствуете? Сладкие хлопья!» А затем вышел.

Жизнь с диабетом: Мэтт, 52 года, садовник



Работники здравоохранения могут решать эти проблемы, выбирая вместе с людьми с хроническими заболеваниями и с пациентами уважительную лексику, которая будет повышать уверенность больного в своих силах. Например, медицинские работники могут формулировать медицинскую информацию для групп пациентов путем разработки и апробации терминологии с привлечением самих пользователей, чтобы убедиться, что лексика и графика носят инклюзивный характер и являются культурно приемлемыми (72). Дальнейшее обсуждение эффективного информационного взаимодействия в области здравоохранения можно найти в главе 4.

3.4. ОБУЧЕНИЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Принципы обучения взрослых занимают центральное место в терапевтическом обучении пациентов. Обучение взрослого населения актуально как с точки зрения взаимодействия **пациента с работниками здравоохранения**, так и для **разработки и проведения программ подготовки специалистов здравоохранения**.

Согласно теории обучения взрослого населения, его эффективность повышается, если человек опирается на свои предыдущие знания и опыт (73). Такой подход может использоваться при разработке новых курсов, например, за счет привлечения пациентов, имеющих опыт самостоятельного ведения болезни, к разработке и наполнению программ терапевтического обучения пациентов или привлечения работников здравоохранения к составлению учебного плана программ

подготовки для специалистов здравоохранения.

Постулаты обучения взрослого населения (74):

- следует с уважением относиться к тому опыту, который уже есть у учащихся (для пациентов это будет личный опыт, связанный с их заболеванием);
- взаимодействие между преподавателем и учащимся должно происходить в духе взаимного сотрудничества;
- преподаватели должны помогать учащимся самостоятельно определять свои потребности в обучении;
- учащиеся должны участвовать в составлении плана по удовлетворению их потребностей в обучении;
- преподаватель является проводником, помогающим человеку учиться, а не инструктором, который раздает знания – преподаватели помогают учащимся оценивать прогресс в достижении поставленных целей;
- как преподавателям, так и учащимся следует давать оценку учебному курсу или программе.

К наиболее подходящим формам обучения для взрослых относятся групповые дискуссии, изучение примеров из практики, имитационные учения (75), ролевые игры и семинары, в которых используется накопленный учащимися опыт (74).

3.5. МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ГРУППЫ

По мере расширения возможностей систем здравоохранения в области лечения хронических заболеваний, все большее число работников здравоохранения проходит подготовку для освоения навыков непосредственного ухода за пациентами. Это привело к росту числа как многопрофильных, так и междисциплинарных групп (76).

Под **многопрофильными** понимаются группы, состоящие из представителей различных дисциплин, которые, опираясь на свои знания и навыки, работают вместе для оказания комплексной помощи пациенту. Более глубокий уровень взаимодействия существует при **междисциплинарном подходе**, когда члены группы из разных дисциплин взаимодействуют друг с другом и с пациентом в рамках выполнения общей задачи: понять ситуацию и потребности пациента, поставить цели, принять решения, а также распределить ресурсы и ответственность за разработку комплексного плана ухода (77).

В оказании помощи одному пациенту с хроническим заболеванием может участвовать множество различных специалистов.

Например, группа специалистов, помогающих пациенту с диабетом, может включать семейного врача, практикующую медсестру, консультанта по диабету, фельдшера, диетолога, подолога, офтальмолога, фармацевта, психолога и инструктора по ЛФК.

Оказание помощи в рамках многопрофильных и междисциплинарных служб требует эффективной координации, сотрудничества, информационного взаимодействия и ведения документации, а также регулярной оценки результатов. Этому способствуют проведение соответствующей подготовки, ведение протоколов и реестров, наличие систем обмена данными и информационных систем здравоохранения. Иногда это бывает трудно осуществить; например, при высокой текучести кадров и реформировании системы здравоохранения пациенты могут быть лишены возможности установить доверительные отношения с одним специалистом, который будет отвечать за их лечение, а вместо этого им приходится взаимодействовать с множеством представителей различных медицинских служб. В таких обстоятельствах пациенты часто являются единственной точкой преемственности в вопросах собственного лечения и могут иметь лучшее представление о том, насколько план ведения болезни соответствует их потребностям.

“

Моя медицинская команда приложила максимум усилий для того, чтобы оказать мне необходимую поддержку в самом начале пути. Это была коллективная работа, но наибольшую помощь мне оказали медсестра-консультант, физиотерапевт, специализирующийся на респираторных заболеваниях, и сотрудник службы поддержки. Эти трое поддерживали меня и учили вести нормальный образ жизни и самому контролировать свое состояние. Поддержка выражалась в советах о том, как бросить курить и как пользоваться ингаляторами, а также в предоставлении антибиотиков и стероидов, которые хранятся дома на случай экстренной ситуации и запасы которых должны пополняться по мере необходимости.

Легочная реабилитация прошла великолепно: нас учили тому, как самостоятельно осуществлять ведение болезни и выполнять индивидуально подобранные упражнения. Медицинские работники должны прислушиваться к мнению пациентов и давать им возможность самостоятельно контролировать свое состояние, а также снабжать их необходимыми средствами.

Жизнь с ХОБЛ: Тим, 72 года, основатель общественной группы для людей, живущих с хроническими заболеваниями легких

”

4

МЕРОПРИЯТИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Терапевтическое обучение пациентов – это структурированный лично-ориентированный процесс постоянного обучения, который помогает пациентам обрести навыки, получить знания и повысить уверенность в собственных силах, необходимые для самостоятельного ведения болезни. Оно разрабатывается с учетом особенностей жизни пациента и его состояния и включает два основных компонента: (i) постановка целей, планирование действий и совместное принятие решений; (ii) проведение учебных мероприятий.

В настоящей главе рассматриваются способы, с помощью которых специалисты здравоохранения смогут эффективно проводить терапевтическое обучение пациентов. В ней обсуждаются два основных компонента:

- постановка целей, планирование действий и совместное принятие решений;
- проведение учебных мероприятий.

4.1. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Терапевтическое обучение пациентов – это структурированный личностно-ориентированный учебный процесс. Оно является неотъемлемой частью лечения хронической болезни, продолжается в течение всей жизни пациента и корректируется с учетом его потребностей, состояния, семейных и социальных обстоятельств и протекания заболевания.

Терапевтическое обучение пациентов предусматривает проведение мероприятий, которые позволяют улучшить показатели здоровья и повысить качество жизни. Для этого могут потребоваться меры, охватывающие самые разнообразные аспекты жизни пациента, такие как образ жизни или эмоциональная поддержка, наряду с совершенствованием плана лечения его заболевания. Кроме того, важно помнить, что терапевтическое обуче-

ние пациентов должно проводиться в более широком контексте поддержки самостоятельного ведения болезни, общая цель которой – помочь людям вести полноценную жизнь, несмотря на болезнь (15).

Терапевтическое обучение пациентов состоит из двух компонентов. Первый – это методы, помогающие людям выявить свои сильные стороны и способности, а также определить свои потребности и те аспекты, которые они могут изменить, чтобы взять свою жизнь под контроль, достичь своих целей и сохранить здоровье и благополучие (46). К ним относятся такие методы, как **постановка целей, планирование действий и совместное принятие решений**, которые основаны на общем понимании ситуации и потребностей пациента.

Второй компонент связан с проведением учебных мероприятий, которые помогают пациенту приобрести знания, компетенции и уверенность в собственных силах, преимущественно путем обмена информацией и развития навыков.

Эти оба компонента имеют большое значение, и их сочетание обеспечивает максимальную эффективность терапевтического обучения пациентов с точки зрения улучшения показателей здоровья (вставка 3).

Вставка 3. Что содействует обеспечению эффективности терапевтического обучения пациентов?

- В широкомасштабных обзорах мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни отмечалось, что предоставление информации о состоянии пациента неизменно являлось частью всех эффективных мероприятий (4).
- Обмен информацией в рамках многокомпонентного мероприятия, включающего развитие навыков, постановку целей и планирование действий, отличается высокой эффективностью и может способствовать улучшению показателей здоровья. Обмен информацией оказывается менее эффективен с точки зрения изменения поведения в том случае, если он проводится в отрыве от прочих мероприятий (4).
- Было установлено, что структурированное и культурно приемлемое обучение, учитывающее потребности пациента, дает более высокие результаты, чем специализированное или общее обучение (11).
- Поддержка самостоятельного ведения болезни и терапевтическое обучение пациентов наиболее эффективны в тех случаях, когда они являются частью регулярного ухода за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями (4).

4.2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ

Терапевтическое обучение пациентов – это обучение, помогающее пациентам (а также членам их семей и лицам, осуществляющим уход) приобрести или сохранить знания и навыки, необходимые для того, чтобы как можно более эффективно контролировать свою жизнь при хронических заболеваниях (1).

Знания и навыки, которые необходимы конкретному пациенту, зависят от состояния его здоровья, жизненных обстоятельств и процессов адаптации. Например, пациенту, страдающему астмой, необходимо знать, как используются различные виды лекарств для лечения астмы и как его эмоциональное состояние влияет на физическое. Им потребуются навыки измерения пиковой скорости выдоха и корректировки приема лекарств при физической нагрузке.

Однако самих по себе знаний и навыков недостаточно для того, чтобы помочь пациенту самостоятельно контролировать свое состояние. Пациент также должен быть уверен в своих силах, чтобы самому вести болезнь. Например, пациент с астмой может использовать неподходящие стратегии преодоления трудностей, и ему необходимо выработать уверенность в том, что он сможет контролировать свое лечение в случае инфекции дыхательных путей. В совокупности знания, навыки и уверенность в себе могут способствовать изменению поведения и формированию способности самостоятельно контролировать свое состояние и его последствия.

- Эти три компонента образуют систему компетентности пациента, которая лежит в основе разработки мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтическому обучению пациентов (рис. 2).

Рис. 2. Система компетентности пациента



- **Знания.** Человек имеет точные и актуальные знания о своем медицинском состоянии. Сюда входят знания о возможном прогрессировании болезни, вариантах лечения, сопутствующих рисках и элементах неопределенности, а также о способах облегчить последствия этого заболевания. Эти знания позволяют пациенту принимать обоснованное решение в отношении своего здоровья.
- **Навыки.** У человека есть конкретные навыки для самостоятельного ведения своего заболевания. К ним может относиться способность пользоваться медицинским оборудованием, таким как кислородный аппарат или дозатор инсулина, а также умение корректировать дозу лекарственного препарата при изменении своего состояния. Сюда также входит способность выполнять повседневные задачи, когда, например, человек с ограниченной подвижностью учится одеваться без посторонней помощи, а также понимание того, как эти навыки связаны между собой и каким образом они применяются в повседневной жизни. Набор навыков может также включать способность человека получать, понимать, оценивать и применять соответствующую информацию о своем состоянии (т. е. достаточный уровень грамотности в вопросах здоровья).
- **Уверенность.** Человек чувствует и верит, что у него есть способности и возможности

самостоятельно контролировать свое состояние как в повседневной жизни, так и при решении проблем в незнакомых обстоятельствах.

Эти три компонента компетентности пациента не работают отдельно друг от друга. Чем больше знаний и навыков человек получает в контексте своего заболевания, тем увереннее он себя чувствует. И наоборот, повышение уверенности в собственных силах и суждении может побуждать людей развивать свои навыки ведения болезни.

Для практического использования эта система должна быть преобразована в **профиль компетентности пациента**, который описывает конкретные знания, навыки и уверенность в собственных силах, необходимые пациентам с определенным хроническим заболеванием для эффективного самостоятельного ведения этого заболевания (вставка 4).

Профили компетентности пациентов служат **справочными документами** для специалистов здравоохранения, позволяющими разрабатывать **персонализированные планы для отдельных пациентов и программы учебных мероприятий**, такие как курс для людей с недавно диагностированной ХОБЛ. В следующих разделах описано, как это делается, а в таблице 4 приведен пример профиля компетентности пациента с астмой.

Вставка 4. Что такое профиль компетентности?

Профиль компетентности – это набор знаний и навыков, необходимых для успешного выполнения какой-либо задачи.

В профиле компетентности пациента перечислены знания и навыки, которые необходимы пациенту для успешного самостоятельного ведения болезни.

В профиле компетентности специалиста здравоохранения в области терапевтического обучения пациентов (см. главу 5) перечислены знания и навыки, которые необходимы специалисту здравоохранения для успешного терапевтического обучения пациентов.

Таблица 4. Пример профиля компетентности пациентов с астмой

Система компетентности пациента	Профиль компетентности пациента с тяжелой астмой
Знания	Что такое астма? – Гиперчувствительность, обструкция и воспаление дыхательных путей
	Что происходит во время приступа астмы? – Дыхательные пути отекают, воспаляются и вырабатывают больше слизи
	Что такое контроль астмы? – Отсутствие нарушений сна, редкие пропуски занятий в школе или работы, минимальное число обращений за неотложной помощью/случаев госпитализации, нормальный уровень активности и т. д.
	Что является фактором, вызывающим приступы? – Аллергены, раздражители, инфекции, физические нагрузки, эмоциональные переживания, гастроэзофагеальный рефлюкс
	Каковы признаки и симптомы? – Кашель, хрипы, одышка, стеснение в груди, снижение пиковой скорости выдоха, непереносимость физических нагрузок, ночные пробуждения, изменение поведения, например раздражительность
	Каковы признаки и симптомы, предупреждающие о наступлении приступа?
	Когда следует обратиться за помощью?
Навыки	Как пользоваться ингалятором/распылителем – доза, время, способ, контроль объема лекарственного средства, оставшегося в ингаляторе
	Как измерять функцию легких или пиковую скорость выдоха – зоны пиковой скорости, когда ее измерять
	Как использовать лекарственные препараты – кортикостероиды, антибиотики
	Что делать при снижении пиковой скорости выдоха
	Контроль триггерных факторов – избегание аллергенов и раздражителей, например, табачного и кухонного дыма, соблюдение правильного рациона питания, эмоциональное состояние
	Поддержание хорошего состояния здоровья – рацион питания, физические упражнения, эмоциональное благополучие
	Способность оценивать любые изменения в физическом и эмоциональном состоянии, которые могут повлиять на благополучие
Способность оценивать любые изменения в состоянии или заболевании и реагирование организма на лечение с течением времени	

Таблица 4. (продолжение)

Система компетентности пациента	Профиль компетентности пациента с тяжелой астмой
Уверенность в себе	Уверенность в контролировании состояния – уверенность в том, что усталость, физический дискомфорт, эмоциональные переживания и другие симптомы не будут мешать действиям
	Уверенность в правильном приеме различных лекарств, выполнении задач и действий, необходимых для контроля состояния, с тем чтобы уменьшить необходимость обращения к врачу
	Уверенность в том, что помимо приема лекарств можно сделать что-то еще, чтобы снизить негативное влияние болезни на повседневную жизнь
	Уверенность в том, чтобы задавать специалисту вопросы о болезни и благополучии
	Уверенность в том, что можно разрешить разногласия с работником здравоохранения, если таковые возникнут

Источники: на основе WHO Regional Office for Europe (1), Asthma + Lung UK (78) и Asthma Initiative of Michigan (79).

4.3. ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

В этом разделе подробно рассматриваются два компонента терапевтического обучения пациентов и то, как они взаимосвязаны. Чтобы читатель мог понять, что требуется для обеспечения этих двух компонентов, они представлены как два разных аспекта помощи, хотя в действительности врачи могут сочетать оба компонента в рамках одного контакта с пациентом.

Основополагающим фактором, от которого зависит эффективность терапевтического

обучения пациентов, является получение работником здравоохранения специальной подготовки и использование научно обоснованных методик обучения взрослых (см. главы 3 и 5).

История Хенрика служит примером того, как терапевтическое обучение пациентов может быть реализовано на практике. В ней описывается взаимодействие Хенрика с работниками здравоохранения на пяти различных этапах процесса терапевтического обучения пациента, начиная с постановки диагноза (вставка 5).

Вставка 5. История Хенрика, часть 1: диагноз

Хенрику 59 лет. Он плохо себя чувствует, и анализ крови, который его семейный врач взял на прошлой неделе, показал, что у него диабет 2-го типа.

Хенрик потрясен и напуган.

Семейный врач выясняет у Хенрика, что тому известно о диабете, что именно его испугало и какие у него возникли вопросы. Затем врач дает пояснения относительно диагноза и потенциальных осложнений, и рассказывает, почему так важно заняться лечением диабета и что Хенрик может сделать для снижения риска осложнений.

Хенрик уносит с собой ряд информационных материалов и соглашается снова прийти на прием на следующей неделе.

4.3.1. Постановка целей, планирование и выполнение действий

Постановка целей и планирование действий помогают изменить поведение пациентов за счет **взаимодействия с ними и их вовлечения** в процесс лечения путем **совместного принятия решений**. Эти методы могут сыграть важную роль в укреплении уверенности человека в собственных силах и его самоэффективности, а также помочь добиться изменения поведения. Процесс начинается с того, что работник здравоохранения и пациент вместе оценивают и анализируют ситуацию, потребности, предпочтения и ценности пациента.

Постановка целей и планирование действий могут осуществляться регулярно на протяжении всей жизни пациента: сначала при диагностике заболевания, чтобы помочь пациенту обрести основные знания, навыки и уверенность в себе, а затем повторно, по мере изменения состояния пациента или обстоятельств.

Этапы постановки целей, планирования действий и их реализации показаны на рис. 3 и подробно рассмотрены ниже.

4.3.1.1. Этап 1: выяснение обстоятельств и точки зрения пациента

Важно, чтобы работник здравоохранения при помощи пациента выяснил его обстоятель-

ства и точку зрения, чтобы составить общее представление о ситуации, потребностях (что для пациента наиболее важно) и адаптивных процессах; иногда этот процесс называют **учебной диагностикой**. В этом процессе учитываются сильные стороны и ресурсы пациента, например, любит ли он заниматься спортом, есть ли у него супруг или партнер, готовый оказать ему поддержку.

Первым делом мы всегда должны спрашивать наших пациентов: насколько серьезно ваше заболевание или состояние влияет на вашу жизнь? Просто задайте этот вопрос. Затем мы как врачи общей практики также должны задаться вопросом о том, насколько серьезно мы относимся к обучению пациентов и расширению их возможностей. Есть ли у нас на это время, хотим ли мы этим заниматься и понимаем ли мы, в чем заключается эта задача? Вот такие вопросы сразу приходят мне в голову. Эти вопросы регулярно становятся предметом обсуждения в медицинских вузах Турции.

Проф. Mehmet Ungan, профессор семейной медицины в Турции, бывший президент Всемирной организации семейных врачей

Рис. 3. Этапы постановки целей, планирования и выполнения действий



Сюда может также входить анализ того, на какой стадии находится принятие пациентом своего хронического заболевания, а также оценка его эмоционального состояния, когнитивных функций, уровня грамотности в вопросах здоровья, семейных и социальных обстоятельств.

Все эти факторы способны влиять на активность участия пациента в процессе постановки целей и планирования действий. Кроме того, реакция пациента на этот процесс на разных стадиях заболевания может меняться,

в зависимости от его возраста и психологического состояния.

Выяснение обстоятельств и точки зрения пациента может быть сопряжено с трудностями (вставка 6). Работники здравоохранения должны иметь навыки эффективного общения и уделять особое внимание такой задаче, как выяснение того, что пациент думает о своем состоянии и какова вероятность возможных последствий или осложнений заболевания и лечения. Более подробно о навыках взаимодействия по вопросам здравоохранения рассказывается в главах 3 и 5.

Вставка 6. История Хенрика, часть 2: месяц спустя – получение информации о жизни Хенрика

Хенрик побывал на приеме у своего семейного врача несколько раз. Он начал принимать некоторые лекарства, но по-прежнему испытывает чувство растерянности и тревоги в связи с диабетом и назначенным лечением.

Хенрик идет на прием к медсестре в свой медицинский центр, при котором действует клиника для пациентов с диабетом.

Медсестра первым делом спрашивает Хенрика о том, из чего складывается его жизнь, выслушивает его ответ и, видя, что он явно испытывает волнение и тревогу, задает вопрос о том, что для него важно и что его больше всего беспокоит в связи с диабетом. Она объясняет, что вместе они займутся составлением плана для решения его проблем.

Она просит Хенрика записаться к ней на несколько приемов, поскольку разработка такого плана займет некоторое время.

4.3.1.2. Этап 2: оказание поддержки пациенту в определении его целей

После разговора с пациентом на тему его жизненных обстоятельств, взглядов и того, как он понимает свое состояние, работник здравоохранения может выяснить у пациента, каким образом хронические заболевания влияют на его здоровье и самочувствие и что он хотел бы изменить. Используя эту информацию, медицинский работник может помочь пациенту определить **цели** своего лечения, исходя из того, что для него важно.

Важно сформулировать эти цели таким образом, чтобы они имели смысл для пациента. Приведем несколько примеров лично-ориентированных целей.

- 64-летний мужчина, у которого недавно развилась стенокардия, хочет меньше уставать, чтобы иметь возможность играть с внуками. Он решил, что похудеет на 5 кг.

- 40-летняя женщина, страдающая тяжелой формой астмы, из-за которой ее часто госпитализируют, не хочет больше попадать в больницу.
- 55-летний мужчина, страдающий диабетом 2-го типа, принимает инсулин и часто испытывает приступы гипогликемии, которые мешают ему работать. Он хочет обсудить с медицинским работником коррекцию дозы инсулина, с тем чтобы избежать этих приступов.

В процессе определения целей работник здравоохранения может предложить пациенту выбрать другие цели или посоветовать ему изменить образ жизни, о чем сам пациент, возможно, прежде не задумывался (например, бросить курить). Медицинские работники также могут помочь пациентам сформулировать свои цели по принципу SMART (т. е. сделать их конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными и ограниченными по срокам достижения).

В таблице 5 приведен пример лично-ориентированных целей, сформулированных по принципу SMART.

4.3.1.3. Этап 3: оказание поддержки пациенту в составлении плана

Следующим этапом процесса обучения является оказание поддержки пациенту в

составлении **плана**, в котором описываются способы достижения поставленных целей.

В плане должны быть отражены следующие два аспекта: знания, навыки и уверенность в себе (компетенции), которые требуются пациенту для достижения поставленной цели, и **методы, с помощью которых** он сможет их получить.

Таблица 5. Пример плана для 69-летней женщины с ишемической болезнью сердца и гипертонией

В чем заключается моя проблема	Мои цели	Как я собираюсь достичь моих целей
Мне сказали, что у меня слишком высокое артериальное давление. Я боюсь, что у меня будет инсульт или еще один инфаркт. Но мне не нравится принимать таблетки от давления из-за побочных эффектов.	Мне хочется меньше бояться инсульта или инфаркта и не испытывать побочных эффектов от приема таблеток.	Я буду регулярно измерять давление в соответствии с графиком, который мы обсуждали с врачом. Я буду регулярно принимать новые лекарства и еще раз обращаться к врачу, если побочные эффекты не пройдут.
Я бросила курить после инфаркта, но потом опять начала. Я знаю, что это вредит моему здоровью и не нравится моим детям, но мне слишком трудно от этого отказаться.	Я хочу бросить курить до того, как мне исполнится 70 лет. Мой день рождения через пять месяцев.	Я буду посещать встречи местной группы желающих бросить курить. Я буду использовать никотиновый пластырь. Я попрошу семью помочь мне отказаться от курения.
У меня маловато физической активности. Мне не нравится ходить в спортзал, но я люблю гулять пешком и танцевать. Просто на это не хватает времени.	Я буду гулять по полчаса три раза в неделю.	Я договорюсь с подругой, которая любит гулять, и мы будем вместе ходить на прогулки каждую неделю. Я буду ходить в магазин пешком, а не ездить на машине, как минимум раз в неделю.

Работник здравоохранения может использовать общий **профиль компетентности пациента, чтобы** помочь пациенту понять, какие знания и навыки ему потребуются для достижения поставленной цели (см. таблицу 4). Пациент совместно с работником

здравоохранения может решить, какие из этих знаний и навыков соответствуют его обстоятельствам и состоянию, и составить **персонализированный список компетенций** (таблица 6).

Таблица 6. Профиль компетентности пациентов, страдающих астмой, и пример персонализированного списка компетентности для отдельного пациента

Система компетентности пациента	Общий профиль компетентности пациента с тяжелой астмой	Пример персонализированного списка компетенций 55-летнего мужчины с тяжелой астмой ^a
Знания	Что такое астма? – Гиперчувствительность, обструкция и воспаление дыхательных путей	Я знаю, что такое астма, больше мне никакая информация не требуется
	Что происходит во время приступа астмы? – Дыхательные пути отекают, воспаляются и вырабатывают больше слизи	Я знаю, что происходит при приступе астмы, дополнительная информация мне не требуется
	Что такое контроль астмы? – Отсутствие нарушений сна, редкие пропуски занятий в школе или работы, минимальное число обращений за неотложной помощью/случаев госпитализации, нормальный уровень активности и т. д.	Мне нужно больше узнать о том, как контролировать мою астму и как действовать
	Что является фактором, вызывающим возникновение приступов? – Аллергены, раздражители, инфекции, физические нагрузки, эмоциональные переживания, гастроэзофагеальный рефлюкс	Я достаточно знаю о триггерных факторах моих приступов
	Каковы предупреждающие признаки и симптомы? – Кашель, хрипы, одышка, стеснение в груди, снижение пиковой скорости выдоха, непереносимость физических нагрузок, ночные пробуждения, изменение поведения, например, раздражительность	Мне нужно узнать больше о предупреждающих признаках и симптомах
	Каковы предупреждающие признаки и симптомы возможного приступа?	
Когда следует обратиться за помощью	Мне нужно знать, когда следует обращаться к медсестре-специалисту по лечению дыхательных путей	

Таблица 6. (продолжение)

Система компетентности пациента	Общий профиль компетентности пациента с тяжелой астмой	Пример персонализированного списка компетенций 55-летнего мужчины с тяжелой астмой ^a
Навыки	Как пользоваться ингалятором/распылителем – доза, время, способ, контроль объема лекарственного средства, оставшегося в ингаляторе	Мне нужно узнать, как пользоваться ингалятором/распылителем - доза, время, способ и как проверить, сколько лекарственного средства осталось в ингаляторе
	Как измерять функцию легких или пиковую скорость выдоха – зоны пиковой скорости, когда ее измерять	Я могу измерить функцию легких и пиковую скорость выдоха
	Как использовать медикаменты – кортикостероиды, антибиотики	Я могу использовать кортикостероиды Мне надо больше узнать об использовании антибиотиков
	Что делать при снижении пиковой скорости выдоха	Мне нужна дополнительная информация о том, что делать при снижении пиковой скорости выдоха
	Контроль триггерных факторов – избегание аллергенов и раздражителей, например, табачного и кухонных дыма, соблюдение правильного рациона питания, эмоциональное состояние	Я могу избегать триггерных факторов – пассивного курения дома, продуктов/рациона питания, усиливающих рефлюкс и приводящих к острому приступу
	Поддержание хорошего состояния здоровья – рацион питания, физические упражнения, эмоциональное благополучие	Я знаю, как правильно питаться Мне надо узнать больше о том, как увеличить физическую нагрузку без одышки Я знаю, как получить эмоциональную поддержку при необходимости
	Способность оценивать любые изменения в физическом и эмоциональном состоянии, которые могут повлиять на благополучие	Я могу проследить, когда мое общее состояние здоровья и мои эмоции влияют на астму
	Способность оценивать любые изменения в состоянии или заболевании и реагирование организма на лечение с течением времени	Мне нужно узнать больше о том, когда меняется мое состояние или моя реакция на лечение

Таблица 6. (продолжение)

Система компетентности пациента	Общий профиль компетентности пациента с тяжелой астмой	Пример персонализированного списка компетенций 55-летнего мужчины с тяжелой астмой ^a
Уверенность в себе	Уверенность в контролировании состояния – уверенность в том, что усталость, физический дискомфорт, эмоциональные переживания, другие симптомы не будут мешать действиям	Мне необходимо обрести больше уверенности в себе, чтобы усталость, физический дискомфорт и эмоциональные переживания, вызванные моим заболеванием, не мешали мне заниматься тем, чем я хочу
	Уверенность в правильном приеме различных лекарств, выполнении задач и действий, необходимых для контроля состояния, с тем чтобы уменьшить необходимость обращения к врачу	Мне необходимо повысить уверенность в себе, чтобы выполнять разные задачи и действия, необходимые для контроля моего состояния, с тем чтобы уменьшить необходимость обращения к врачу
	Уверенность в том, что помимо приема лекарств можно сделать что-то еще, чтобы снизить негативное влияние болезни на повседневную жизнь	Я уверен в том, что помимо приема лекарств могу сделать еще что-то, чтобы снизить негативное влияние болезни на мою повседневную жизнь
	Уверенность для того, чтобы задавать специалисту вопросы о болезни и благополучии	Я уверен, что могу спросить врача о том, что меня беспокоит в контексте моей болезни и благополучия
	Уверенность, что можно разрешить разногласия с работником здравоохранения, если таковые возникнут	Я уверен, что смогу разрешить разногласия с врачом, если таковые возникнут

^a Компетенции, которые необходимо получить, выделены жирным шрифтом.

Источники: на основе WHO Regional Office for Europe (1), Asthma + Lung UK (78) и Asthma Initiative of Michigan (79).

В большинстве случаев пациентам необходимо устранить пробелы в своих знаниях и умениях с помощью учебных мероприятий, направленных на обмен информацией и освоение новых навыков. Существует много способов сделать это, и они обсуждаются в рамках второго компонента терапевтического обучения пациентов (раздел 4.3.2). При этом может быть целесообразно привлечение лиц, осуществляющих уход за пациентом, и членов семьи.

Теперь роль работника здравоохранения заключается в том, чтобы помочь пациенту рассмотреть возможные варианты и принять решение о том, как приобрести эти знания и навыки. Например, пациент может выбрать персональное очное обучение, которое будет

проводить его врач, а не участие в групповых занятиях или подготовку в режиме онлайн. Работникам здравоохранения важно помочь пациенту разработать реалистичный план, который будет разделен на отдельные осуществимые составные части, позволяющие пациенту добиться успеха и повысить уверенность в собственных силах. План может быть разработан в рамках обсуждения и совместного принятия решений.

Концепция процесса совместного принятия решений включает состоящую из трех этапов модель, которую специалисты могут использовать в ходе консультации для оказания помощи пациентам в принятии обоснованных решений относительно своего лечения (80, 81). Эти этапы выглядят следующим образом:

- **групповая беседа** – работник здравоохранения помогает пациенту определить свои цели, описывает варианты выбора и предлагает поддержку;
- **обсуждение вариантов** – работник здравоохранения обсуждает альтернативные варианты с пациентом, одновременно информируя его о рисках;
- **обсуждение решений** – работник здравоохранения выясняет осознанные потребности,

предпочтения и ценности пациента и оказывает ему поддержку в принятии решения.

План, разработанный пациентом при поддержке медицинского работника, может преследовать сразу несколько целей (вставка 7). Некоторые мероприятия, например учебный курс на тему болезни пациента, могут быть организованы работником здравоохранения. Другие мероприятия пациенту предстоит найти самому.

Вставка 7. История Хенрика, часть 3: следующие три месяца – определение целей и составление плана

Хенрик несколько раз побывал на приеме у медсестры. Благодаря возможности обсуждать с медсестрой свои опасения по поводу собственного здоровья ему стало гораздо, и теперь он чувствует, что к нему прислушиваются.

Он также начал обсуждать со своей женой вопросы питания, так как в семье готовит в основном она. Жена выразила желание готовить более здоровую еду как для Хенрика, так и для всей семьи.

Хенрик и медсестра вместе обсуждают план укрепления его здоровья и повышения благополучия.

Хенрик решает, что его первая цель – узнать больше о диабете и о том, как ему следует заботиться о себе. Медсестра Хенрика предлагает ему посетить шестинедельный курс по диабету 2-го типа, который проводится в местном медицинском центре.

Вторая цель, которую ставит перед собой Хенрик – увеличить физическую нагрузку и посещать тренажерный зал три раза в неделю.

4.3.1.4. Этап 4: совместная работа с пациентом по выполнению плана

Пациент и работник здравоохранения должны вместе оценивать, как пациент выполняет свой план, проводя регулярные обзоры. К этим обсуждениям имеет смысл привлекать членов семьи и лиц, осуществляющих уход. Такие обсуждения могут быть частью плановых консультаций пациента с семейным врачом или медсестрой. Конкретные задачи работника здравоохранения при проведении подобных обзоров могут включать (82):

- выяснение того, насколько учебные мероприятия, такие как курсы или семинары, соответствуют целям пациента, и если нет, то какая еще поддержка, информация или обучение ему необходимы;

- поддержка и поощрение пациента, чтобы он продолжал следовать плану – это особенно актуально для пациентов, стремящихся изменить образ жизни, например, похудеть или бросить курить;
- оценка эмоционального состояния пациента и при необходимости оказание соответствующей поддержки;
- мониторинг биологических показателей, таких как артериальное давление, пиковая скорость выдоха, уровень сахара в крови и вес, а также проверка того, правильно ли пациент сам контролирует эти показатели и не нуждается ли он в дальнейшем обучении этим навыкам;
- проверка приверженности лечению и переносимости лекарств.

Наконец, если пациент не добивается успехов в выполнении своего плана, существует риск того, что он может почувствовать себя неудачником и потерять уверенность в собственной способности самостоятельно контролировать свое состояние. Работнику здравоохранения отводится важная роль в поддержании

морального духа пациента, оценке обстоятельств и пересмотре целей вместе с ним. Это может предусматривать изменение целей или их разбивку на более мелкие и осуществимые этапы, чтобы пациент сохранял уверенность в собственных силах, радовался успехам и продолжал следовать своему плану.

“

Я по-настоящему взял себя в руки только после того, как три года назад ослеп на один глаз. Теперь я чувствую, что лучше контролирую ситуацию. Мой датчик, подключенный к Bluetooth, полностью изменил мою жизнь. Он оповещает меня даже во время сна, у меня есть шприц-ручка, и я ношу с собой иглы. Все портативно. Я постоянно все проверяю, думаю о еде, калориях и углеводах, о времени приема пищи. Мой уровень сахара в крови снизился до 7,4, хотя всю жизнь был двузначным!

Жизнь с диабетом: Мэтт, 52 года, садовник

”

4.3.1.5. Этап 5: анализ прогресса и адаптация к меняющимся обстоятельствам

Изменение обстоятельств жизни пациента, например смерть супруга или супруги, выход на пенсию, развитие других заболеваний, а также изменение вариантов лечения требуют проведения повторной оценки его способности самостоятельно контролировать свою болезнь (вставка 8); ему может потребоваться дополнительное терапевтическое обучение.

4.3.2. Проведение учебных мероприятий

Вторым компонентом терапевтического обучения пациентов является проведение учебных мероприятий. Как правило, они посвящены преимущественно обмену информацией и развитию навыков, но некоторые мероприятия могут также быть направлены на изменение образа жизни или предусматривать иные меры, необходимые для улучшения показателей здоровья. Они также могут быть частью более широкой программы по поддержке самостоятельного ведения болезни, например коучинга.

Мероприятие может проводиться во время посещения амбулатории, как одновременно с постановкой целей и планированием действий, так и отдельно, например в форме групповых занятий (см. раздел 4.3.2.2).

Поставщики услуг терапевтического обучения пациентов должны самостоятельно решить,

что будет включать программа обучения и как они собираются предоставлять услуги.

4.3.2.1. Что должна представлять собой программа обучения?

Несмотря на то, что для каждого пациента будет разработан индивидуальный план с учетом его потребностей, многие пациенты (и, возможно, лица, осуществляющие уход за ними) будут иметь схожие пробелы в знаниях и навыках. В связи с этим поставщики услуг здравоохранения могут разработать комплекс образовательных услуг, подходящий большинству пациентов с одним и тем же хроническим заболеванием (вставка 9).

При составлении содержания учебной программы, направленной на предоставление информации и развитие навыков, может использоваться общий профиль компетентности пациента (см. раздел 4.2). Такие профили содержат как специфические знания и навыки, относящиеся к конкретному заболеванию, так и общие, которые могут встречаться в профилях компетентности пациентов с разными заболеваниями. Например, профиль компетентности взрослого человека, страдающего диабетом 2-го типа и принимающего пероральные препараты, будет описывать знания и навыки, связанные с самоконтролем и соблюдением режима приема лекарств при диабете, и в этом отношении он будет отличаться от профиля компетентности пациента с ишемической болезнью сердца.

Вставка 8. История Хенрика, часть 4: через четыре года после постановки диагноза, все поменялось

У жены Хенрика случился инсульт. Он очень расстроен и вынужден взять отпуск, чтобы ухаживать за ней. Его качество его питания резко упало, так как теперь ему приходится готовить самому, и он часто берет еду на вынос. У него нет времени на посещение тренажерного зала. Он начинает набирать в весе, а уровень сахара в крови превышает целевой уровень. Он впадает в депрессию.

Хенрик идет на прием к медсестре. Она обсуждает с Хенриком новые обстоятельства его жизни и спрашивает, что для него важнее всего в данный момент. Хенрик отвечает, что для него важнее всего сохранить здоровье, чтобы он мог заботиться о своей жене.

Вместе Хенрик и медсестра составляют новый план, в котором учитывается изменение его жизненных обстоятельств. В рамках этого плана медсестра предлагает Хенрику обратиться за психологической помощью в связи с депрессией, а также пройти кулинарные курсы, чтобы он мог готовить более здоровую пищу для себя и своей жены.

Хенрик адаптируется к новым обстоятельствам

Хенрик находит новые способы сохранять физическую активность в течение дня. Так, например, он теперь ходит на работу пешком, а не ездит на машине. Ему нравится готовить здоровую еду. Постепенно его вес снижается, депрессия уходит, а диабет становится более контролируемым.

Вставка 9. История Хенрика, часть 5: получение знаний и развитие навыков

Хенрик посещает шестинедельный вечерний курс для людей с диабетом 2-го типа. В процессе обучения ему удалось многое узнать, например, как контролировать уровень сахара в крови и как поддерживать его в пределах целевого диапазона. Его также успокаивает тот факт, что среди участников курсов многие находятся в таком же положении, что и он сам. Ему очень помогает обсуждение тех или иных проблем с людьми, которые знакомы с ними не понаслышке.

Он также ходит на кулинарные курсы, которые ему очень нравятся.

Уверенность Хенрика в том, что он справится со своим диабетом, растет. Теперь он знает, как измерять уровень сахара в крови, как принимать лекарства и каким образом следить за рационом питания.

Однако в обоих профилях будут перечислены общие компетенции, например, связанные с питанием и физической активностью, а также с повышением уверенности в себе.

Понимание концепции общих и специфических знаний и умений людей, живущих с хроническими заболеваниями, может пригодиться работникам здравоохранения при рассмотрении вопроса о терапевтическом обучении пациентов с разными заболеваниями, поскольку эта информация позволит им объединить обучающие материалы, подходя-

щие для всех пациентов из этой категории безотносительно вида их заболевания.

В качестве примера можно привести программу лечения хронических заболеваний (83), которая была первоначально разработана в Стэнфордском университете, а затем адаптирована и внедрена во многих странах. В ней рассказывается о решении общих проблем и задач, например, о том, как справляться с усталостью и болью и повысить уверенность в собственных силах.

Подобные курсы необходимо дополнить информацией о конкретных заболеваниях для развития навыков и знаний, необходимых для лечения отдельных пациентов, например, людей с ХОБЛ, диабетом 1-го типа или сердечной недостаточностью. Примером может служить программа Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed (DESMOND) в Соединенном Королевстве, пройти которую предлагается всем пациентам с недавно поставленным диагнозом диабета 2-го типа.

Поставщики услуг здравоохранения должны также учитывать частоту проведения образовательных мероприятий, объем информации, предлагаемой на каждом занятии, и важность повторения материала для его лучшего усвоения. Пациентам, чьи заболевания требуют сложных медицинских манипуляций (например, людям с тяжелой хронической болезнью почек, которым требуется проведение диализа на дому), может потребоваться более интенсивное и специализированное обучение для освоения навыков самостоятельного выполнения лечебных задач.

4.3.2.2. Каким образом должно быть организовано предоставление услуг?

Существует множество способов предоставления услуг терапевтического обучения пациентов. Обмен информацией и развитие навыков могут осуществляться во время посещения амбулатории или в рамках специального приема в условиях стационара, по телефону или в режиме онлайн. Существуют также варианты самостоятельного обучения с использованием приложений на смартфонах или специальных устройствах.

Существующие технологии могут лучше всего подходить для конкретных видов мероприятий, например для обмена информацией, поддержки мотивации, обеспечения соблюдения приема лекарств и самоконтроля (3).

Терапевтическое обучение пациентов могут проводить различные работники здравоохранения, включая врачей, медсестер, фармацевтов, физиотерапевтов, эрготерапевтов, психологов, диетологов и младшего сестринского персонала.

Услуги терапевтического обучения пациентов могут предоставляться на уровне различных структур, таких как больницы (стационары и амбулатории), центры длительного пребывания/дома престарелых, медицинские учреждения по месту жительства и службы первичной медико-санитарной помощи.

Важным моментом является решение о том, будут ли услуги предоставляться индивидуально или в виде групповых занятий. Индивидуальное обучение на приеме у врача или в стационаре может быть целесообразным в том случае, если пациент не хочет участвовать в групповых занятиях или если таковые не проводятся. Если обучение проводится в рамках визита к врачу, то очень важно обеспечить работнику здравоохранения доступ к соответствующим ресурсам (см. раздел 4.3.3).

Групповые занятия – эффективный способ обеспечить пациентам доступ к структурированным программам обучения (3). Они могут быть посвящены конкретным темам, а также дают пациентам возможность самостоятельно предлагать интересующие их вопросы для обсуждения. Преимущество таких моделей обучения заключается в том, что они могут способствовать взаимной поддержке и позволяют пациентам учиться на опыте друг друга; однако при этом в ходе таких занятий некоторые пациенты могут прийти к выводу о том, что содержание курса не отвечает их потребностям или что им не нравится учиться в группе. В качестве примера групповых занятий можно привести программы, разработанные для людей с диабетом (примеры из практики 1 и 2).

Обучение также может проходить в **виртуальных группах** как исключительно онлайн, так и в гибридном варианте (то есть вместе с очными занятиями). В Соединенном Королевстве существует приложение MyDESMOND (85), которое может быть установлено на мобильный телефон и предлагает широкий спектр ресурсов и интерактивных средств для оказания помощи людям с диабетом 2-го типа в самостоятельном ведении болезни.

Можно предоставить пациентам возможность самим выбрать способ обучения, например, в режиме онлайн или в формате очного группового занятия. В некоторых системах здравоохранения учебные мероприятия могут проводиться только в рамках консультации с семейным врачом или медсестрой. В таких случаях важно предусмотреть, чтобы у врача было достаточно времени для терапевтического обучения пациентов в рамках обычного лечения.

Пример из практики 1. Десятидневные курсы терапевтического обучения пациентов, Таджикистан

В Душанбе люди, страдающие диабетом, могут зарегистрироваться в специализированном диабетическом центре, и дважды в год им будет направлено предложение пройти десятидневный курс по ведению диабета. Центр, открытый в 2020 г., предназначен для оказания помощи не только больным диабетом 1-го или 2-го типа, но и людям с ожирением, которые хотят предотвратить развитие диабета. Штат центра, услугами которого пользуются более 1000 детей и взрослых, насчитывает семь сотрудников, включая врачей, медсестер, психолога, физиотерапевта и повара. Комплексная программа по лечению диабета предполагает работу как в учебных группах, так и в группах взаимопомощи. Центр предоставляет не только информацию и знания о диабете, но и проводит практические занятия и кулинарные курсы, дает диетические рекомендации, предоставляет услуги по физиотерапии, реабилитации и гидротерапии. Центр располагает всем необходимым для поддержания физической активности.

Источник: д-р Асомуддин Гиёсзода, директор Современной школы диабета, Душанбе (Таджикистан), личное сообщение, 21 октября 2022 г. (воспроизводится с разрешения).

Пример из практики 2. Позвольте пациентам самим решать, Албания

В проекте Албанской диабетической ассоциации приняли участие 50 пациентов с диабетом, которые ежемесячно в течение полугода посещали двухчасовые занятия под руководством специалиста по диабету и медсестры. Занятия были бесплатными и проводились в разных городах и в разных форматах (в том числе один на один). Пациенты сами выбирали темы для следующего занятия. В общей сложности полностью прошли программу 94% пациентов. Общая удовлетворенность лечением после занятий повысилась с 35% до 56%.

Источник: Toti et al. (84) (воспроизведено с разрешения).

При принятии решения о выборе конкретной модели оказания услуг на местном уровне разработчикам политики и поставщикам услуг здравоохранения необходимо будет учитывать ряд факторов. Решение о способе организации услуг будет зависеть от доступности, стоимости и наличия кадров, а также от имеющихся фактических данных о том, какая модель является наиболее эффективной.

Однако важно понимать, что не все вмешательства одинаково эффективны для всех заболеваний и что их результаты будут различаться (3, 4). Например, было установлено, что поддержка в самостоятельном ведении ХОБЛ влияет на качество жизни таких людей, но не на число острых приступов или посещений врача (86), в то время как оказание помощи пациентам с сердечной недостаточностью в целях самостоятельного ведения болезни приводит к сокращению числа случаев их госпитализации и смертности (87). Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что при терапевтическом обучении пациентов биологические показатели и

качество жизни, связанное с психическим здоровьем, зависят от вида конкретного хронического заболевания, лица, осуществляющего вмешательство, и используемой методики, но эти факторы не влияют на соблюдение пациентом режима лечения или уровень его знаний (2).

Читатели могут обратиться к Кокрановской библиотеке (17) или к платформе COMPAR-EU Европейского союза (18); последняя представляет собой полезный ресурс для сравнения эффективности и рентабельности различных методов проведения мероприятий по поддержке самостоятельного ведения четырех широко распространенных хронических заболеваний.

4.3.3. Ресурсы

Многие письменные и электронные информационные или образовательные инструменты, такие как брошюры, инфографика, приложения и видео, могут содержать необходимую информацию или дополнять программы обучения.

Информация должна соответствовать потребностям и предпочтениям каждого пациента и отвечать критериям приемлемого уровня грамотности (так, например, материалы должны быть изложены простым языком и не содержать профессиональной лексики, в них должны использоваться картинки и символы) (88).

Работники здравоохранения должны понимать, что информация, разработанная для группы пациентов (например, брошюры с диетическими рекомендациями для диабетиков), будучи полезной, может не вполне соответствовать потребностям и обстоятельствам отдельного пациента. Для удовлетворения конкретных потребностей пациентов необходимо предоставлять информацию в различных и доступных форматах, например, разрабатывать материалы специально для людей с ограниченными возможностями обучения или с нарушениями зрения.

Работники здравоохранения должны обладать специальными навыками для оценки качества онлайн-информации, технологических устройств и платформ и уметь помочь пациентам сориентироваться в них и выбрать те варианты, которые в наибольшей степени отвечают их потребностям и являются научно обоснованными. Платформа цифровой аккредитации Organization for the Review of Health and Care Apps (ORCHA) доступна на 14 языках (89). Библиотека ORCHA содержит

более 17 тыс. приложений, прошедших систематический анализ и оценку, и может послужить ценным источником информации для медицинских работников и пациентов, желающих оценить пригодность тех или иных приложений или технологий, используемых в здравоохранении.

4.3.3.1. Обмен информацией в социальных сетях между людьми с аналогичным заболеванием

Люди, у которых недавно было диагностировано хроническое заболевание, могут воспользоваться возможностями социальных сетей, например, для того, чтобы найти других людей с аналогичной болезнью. Однако поскольку социальные сети представляют собой нерегулируемый источник информации, их использование может быть сопряжено с определенными рисками как для самих людей с хронической болезнью, так и для работников здравоохранения. Многие пользователи социальных сетей распространяют в них неточную, неправильную или опасную информацию.

Работников здравоохранения и людей с хроническими заболеваниями нужно учить распознавать достоверные сведения, например, обращать внимание на такие отличительные характеристики надежных источников информации, как одобрение со стороны помощи уважаемых и заслуживающих доверия органов (пример из практики 3).

Пример из практики 3. Оперативное информационное реагирование Европейского пульмонологического фонда на пандемию COVID-19

В течение нескольких недель после начала пандемии COVID-19 Европейский пульмонологический фонд создал онлайн-портал с ответами на часто задаваемые вопросы в связи с COVID-19 и болезнями легких (этот портал стал своего рода откликом на жалобы пульмологов и врачей общей практики, которых захлестнул поток вопросов), число посещений которого быстро превысило 1 миллион (90).

Европейское региональное бюро ВОЗ разработало новое пособие по борьбе с дезинформацией о неинфекционных заболеваниях (91), в котором содержатся рекомендации по совместным действиям для более эффективной защиты людей от недостоверной информации.

4.3.3.2. Общественные ресурсы

Пациент может обратиться к общественным ресурсам, которые могут послужить важной

опорой при самостоятельном ведении болезни. Это может быть физическая среда, например зеленые зоны, места отдыха, спортивные центры, а также общественные группы, социальные мероприятия, помощь друзей и лиц, находящихся в аналогичной ситуации. Они могут стать источником важной социальной и эмоциональной поддержки для людей с хроническими заболеваниями.

Работники здравоохранения должны быть осведомлены об имеющихся общественных ресурсах и поощрять их использование путем предоставления соответствующих рекоменда-

ций или, как в некоторых странах, в виде предписания социальной поддержки (пример из практики 4)².

Пример из практики 4. Группа взаимопомощи, Соединенное Королевство

Тесса руководит группой взаимопомощи под названием Breathe Easy [Легкое дыхание], объединяющей более 200 человек с респираторными заболеваниями, а также лиц, осуществляющих уход, и членов семей, для обмена информацией, проведения ежемесячных встреч и выступлений экспертов (92). Это приносит пользу не только пациентам, но и работникам здравоохранения.

Источник: местный координатор по работе с пациентами, группа поддержки людей с астмой и болезнями легких (Соединенное Королевство), личное сообщение, 22 июля 2022 г. (воспроизведено с разрешения).

² Предписание социальной поддержки – формат, при котором работник здравоохранения рекомендует пациенту определенный вид деятельности (например, записаться в группу любителей ходьбы) или направляет человека к посреднику, например, к социальному работнику, который помогает ему подобрать пакет услуг по поддержке (46).

5

ПОДГОТОВКА РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Обучение принципам и практическим методам поддержки самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов должно быть широко доступно для всех категорий работников здравоохранения. Такая подготовка может проводиться на протяжении всей трудовой деятельности работника, в том числе на этапах бакалавриата и магистратуры, а также в рамках программ повышения квалификации.

В данной главе представлены рекомендации по разработке и реализации учебных программ, предназначенных для работников здравоохранения и нацеленных на освоение ими навыков поддержки самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов.

5.1. КТО ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ ПОДГОТОВКУ В ОБЛАСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ?

Подготовка в области поддержки самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов может быть полезна любому специалисту здравоохранения, который регулярно работает с пациентами с хроническими заболеваниями.

Все без исключения работники здравоохранения могут получить подготовку, необходимую для эффективного терапевтического обучения пациентов (2); к таким работникам относятся врачи общей практики и врачи-специалисты, медицинские сестры, фармацевты, диетологи и специалисты по питанию, психологи, физиотерапевты, младший медицинский персонал и другие сотрудники служб здравоохранения, работающие с людьми, живущими с хроническими заболеваниями.

Более глубокое понимание специфики терапевтического обучения пациентов на ранних этапах подготовки может иметь долгосрочные преимущества, такие как переход к более лично-ориентированной медицинской помощи и сосредоточенность работников здравоохранения на расширении

возможностей пациентов и лиц, осуществляющих уход, для самостоятельного ведения болезни.

Терапевтическое обучение пациентов – это чрезвычайно действенный метод. Такое обучение должно быть частью вашей повседневной работы [и] определять ваш характер взаимодействия с каждым пациентом, в зависимости от того, каким персоналом вы располагаете и какие ожидания имеются у вас и у пациента. Мы надеемся, что благодаря поддержке министерства здравоохранения и других учреждений, которые нам очень помогают, подготовка в области терапевтического обучения пациентов останется центральным элементом образования работников здравоохранения и что она будет регулярно проводиться на протяжении всей профессиональной деятельности работников, а не носить разовый характер. Эта дисциплина имеет слишком большое значение.

Проф. Mehmet Ungan, профессор семейной медицины в Турции, бывший президент Всемирной организации семейных врачей

Разработчики политики могут рассмотреть возможность введения обязательной подготовки по основным элементам терапевтического обучения пациентов для студентов основных программ бакалавриата (пример из практики 5). Последующее обучение работников здравоохранения в этой области может проводиться после окончания вуза и в дальнейшем в рамках программ непрерывного повышения квалификации.

Пример из практики 5. Включение принципов терапевтического обучения пациентов в основные учебные программы для врачей и медсестер, Германия

В национальном перечне учебных целей для работников здравоохранения Германии, являющемся основной программой медицинского образования, особое внимание уделяется принципам терапевтического обучения пациентов (93, 94).

Для врачей и медсестер обучение пациентов является стандартным подходом.

В течение 15 лет у нас проводится типовой курс обучения. С самого начала большое значение отводится контактам с пациентом. Курс включает обязательное обучение навыкам общения врача и пациента, принципам изложения пациентом своей истории болезни, правилам сообщения диагноза, а также совместному принятию решений и мотивационному консультированию.

Проф. Karin Lange, руководитель отделения медицинской психологии, Ганноверский медицинский университет, Ганновер (Германия), личное сообщение, 26 июля 2022 г. (воспроизводится с разрешения)

5.2. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД

В основе эффективного медицинского образования должны лежать практические методы, разработанные с учетом фактических данных, и принципы обучения взрослого населения (см. главу 3). Разработанное ВОЗ и JHPIEGO руководство *Effective teaching: a guide for educating health-care providers* [Эффективное преподавание: руководство по обучению медицинских работников] (74) – это полезный ресурс, содержащий практические рекомендации по разработке и проведению учебных

программ для работников здравоохранения. Читателям также могут быть полезны основанные на фактических данных рекомендации, которые содержатся в руководстве ВОЗ *Transforming and scaling up health professionals' education and training* [Преобразование и расширение масштабов образования и подготовки работников здравоохранения] (75).

При составлении, проведении и оценке учебных курсов можно использовать принципы совместной разработки (см. главу 7) пациентами и работниками здравоохранения.



Между врачами и пациентами может пролежать огромная пропасть. До тех пор, пока врачи не осознают, что испытывает пациент, они не смогут должным образом проявлять сочувствие и понимание в процессе лечения и, соответственно, не будут добиваться хороших результатов.

Жизнь с ХОБЛ: Тесса, 78 лет, пенсионерка и бывший руководитель



Фактические данные свидетельствуют о том, что программы, **основанные на активном обучении**, т. е. направленные на решение задач, учитывающие потребности и проблемы пациентов и использующие имитационные

упражнения (75), с большей вероятностью приводят к более эффективному усвоению материала учащимися и студентами (вставка 10).

Вставка 10. Что такое активное обучение?

Активное обучение – это подход к преподаванию, при котором студенты и учащиеся активно работают с материалом курса путем проведения дискуссий, решения проблем, разбора конкретных ситуаций, ролевых игр и других методов. Его цель – глубокое, а не поверхностное усвоение материала студентами, а также предоставление возможностей для практического применения полученных знаний и использования сведений, полученных в рамках одной темы, при изучении другой.

Важно, чтобы подготовка работников здравоохранения опиралась на широкий ряд дисциплин, таких как теория воспитания, информационное взаимодействие в области здравоохранения, психология (клиническая, медицинская и педагогическая), социология (здравоохранение и образование) и грамотность в вопросах здоровья.

Во время подготовки работники здравоохранения сами могут столкнуться с факторами, препятствующими терапевтическому обучению. К таким факторам могут относиться их собственные знания, умения или мотивация, а

также проблемы со структурной поддержкой или доступными ресурсами (95). Можно предпринять шаги для оказания работникам здравоохранения поддержки в преодолении этих препятствий как в период их подготовки, так и за счет устранения соответствующих ограничений на стратегическом и рабочем уровнях системы здравоохранения.

По возможности следует использовать междисциплинарный подход к обучению, при котором все члены команды или группы работников проходят совместную подготовку.

Такой подход позволяет:

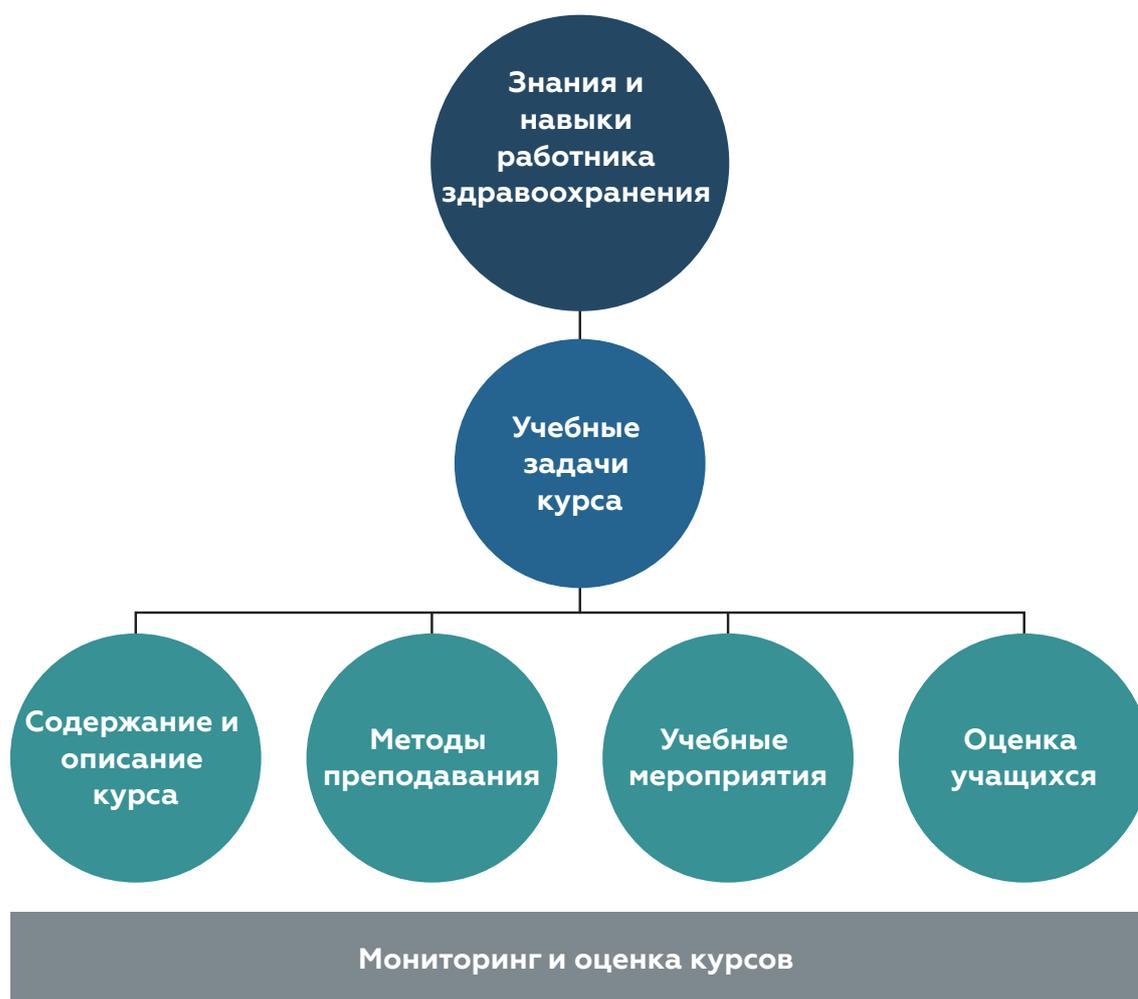
- сформировать общее представление о поддержке самостоятельного ведения болезни и основных средствах и методах;
- выработать общий язык и культуру;
- подготовить достаточное число квалифицированных специалистов в команде или службе для практического применения этих навыков в масштабах всей службы или организации;
- облегчить апробацию и внедрение методов поддержки при самостоятельном ведении болезни;
- дать возможность специалистам поддерживать друг друга на всем протяжении подготовки и в дальнейшем при использовании навыков на практике (46).

5.3. РАЗРАБОТКА КУРСА ДЛЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПОДДЕРЖКЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Содержание (иногда называемое учебным планом) программы подготовки работников здравоохранения по терапевтическому обучению пациентов и поддержке самостоятельного ведения болезни составляется на основе профилей **компетентности работников здравоохранения**.

На рис. 4 показано, как профессиональные компетенции используются для выработки целей обучения, содержания курса, методов преподавания, учебной деятельности и оценки обучающихся.

Рис. 4. Разработка курса на основе профиля компетентности работника здравоохранения



Профиль компетентности работников здравоохранения по терапевтическому обучению пациентов включает набор общих навыков и знаний, необходимых всем специалистам, независимо от характера хронических заболеваний, которыми страдают их пациенты, а также специфические навыки и знания, касающиеся конкретного хронического заболевания.

Например, во Франции педагоги разработали рамочную программу повышения квалификации специалистов, которые занимаются терапевтическим обучением пациентов (96). В ней рассматриваются различные виды деятельности, которые должны выполнять работники здравоохранения, например, оказание помощи пациенту в анализе ситуации, выявление его потребностей и поддержка пациента и лиц, осуществляющих уход, в разработке, реализации и оценке плана. Для каждого вида деятельности в программе указаны компетенции, необходимые медицинским работникам, в разбивке на технические и учебные (педагогические) навыки,

навыки в области взаимоотношений и организационные навыки.

Train4Health (97) – это европейский проект, в рамках которого разрабатывается учебный пакет для подготовки работников здравоохранения, с тем чтобы они могли оказывать поддержку людям с хроническими заболеваниями, стремящимся изменить свое поведение и привычки. Он включает разработку профиля компетентности специалистов, определение итоговых результатов обучения и составление учебного курса (98, 99). Получить дополнительную информацию о разработке курса можно на сайте Train4Health (97).

В таблице 7 представлены краткие перечни профессиональных качеств, разработанные в рамках проекта Train4Health. Они относятся к общим знаниям и навыкам, которые необходимы всем работникам здравоохранения для оказания поддержки пациентам в самостоятельном ведении болезни, безотносительно от вида их хронического заболевания.

Таблица 7. Профессиональные качества, которые необходимы работникам здравоохранения для изменения моделей поведения пациентов в рамках поддержки в самостоятельном ведении болезни

Категория	Профессиональное качество
Знания и умения, необходимые для изменения поведения пациентов при самостоятельном ведении болезни	
ИП 1	Знания о поведении в отношении здоровья и соответствующих убеждениях
ИП 2	Знание соответствующих моделей/теорий изменения поведения
ИП 3	Знание соответствующих методов изменения поведения
ИП 4	Знание клинических особенностей хронических заболеваний и целевых моделей поведения для их самостоятельного ведения
ИП 5	Способность определять потребности в области самостоятельного ведения болезни в отношении целевого поведения, соответствующего хроническому заболеванию
ИП 6	Способность вовлекать людей с хроническими заболеваниями в процесс самостоятельного ведения болезни и расширять их возможности
ИП 7	Способность объединяться и поддерживать хорошие отношения с пациентами в целях успешного выполнения мероприятий
ИП 8	Способность определять факторы, которые способствуют и препятствуют (детерминанты) изменениям в целевом поведении
ИП 9	Способность работать в партнерстве для определения приоритетов целевого поведения при разработке плана вмешательства
ИП 10	Способность определять и выбирать методы изменения поведения с учетом поведенческих детерминант (способствующих и препятствующих факторов) при разработке плана вмешательства

Таблица 7. (продолжение)

Категория	Профессиональное качество
ИП 11	Способность выбирать методы изменения поведения, соответствующие продолжительности мероприятия (кратковременное или долгосрочное)
ИП 12	Способность применять методы изменения поведения и осуществлять план вмешательства, адаптируя и изменяя его по мере необходимости
ИП 13	Умение планировать последующие действия и поддерживать достигнутое целевое поведение
ИП 14	Способность обеспечивать доступ к соответствующей информации и образовательным материалам с учетом индивидуальных потребностей
Основополагающие знания и умения, необходимые для изменения поведения при самостоятельном ведении хронической болезни	
О 1	Знание о ролях других специалистов в местной системе здравоохранения
О 2	Способность поддерживать эффективные межличностные взаимоотношения
О 3	Способность проводить лично-ориентированные мероприятия, учитывая конкретный контекст (например, исходя из культурных аспектов, семейных особенностей, возможностей местной системы здравоохранения)
О 4	Способность увидеть готовность к изменению поведения
О 5	Знание основополагающих аспектов эффективного общения
О 6	Способность эффективно взаимодействовать с людьми и семьями как с партнерами
О 7	Способность эффективно взаимодействовать с другими людьми (например, с поставщиками услуг здравоохранения, руководителями)
О 8	Способность взаимодействовать и устанавливать партнерские отношения с отдельными лицами и группами лиц
О 9	Способность анализировать и умерять ожидания людей и групп
О 10	Знание профессиональных и этических принципов
О 11	Способность демонстрировать профессиональное поведение
О 12	Способность к рефлексии, самооценке и постоянному развитию этих навыков

ИП: знания и умения для изменения поведения; О: основополагающие знания и умения.

Источник: Cadogan et al. (98). Воспроизводится без изменений по лицензии CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Профиль компетентности работника здравоохранения используется для формулирования **результатов обучения**, которые дают представление о знаниях, навыках и установках, необходимых студенту или учащемуся (100). Результаты обучения могут предусматривать изучение таких тем, как знания о заболевании, его осложнениях и лечении; навыки взаимодействия; теории и модели мотивации, обучения и изменения поведения; цифровая грамотность и грамотность в вопросах здоровья.

Общие результаты обучения, как правило, включают темы, актуальные для всех работни-

ков здравоохранения, оказывающих помощь пациентам с любыми хроническими заболеваниями, и потому может возникнуть потребность включить в программу также специфические результаты обучения, касающиеся конкретного хронического заболевания.

Методы преподавания, основанные на принципах обучения взрослого населения (см. главу 3), позволяют студентам применять совокупность их знаний, навыков и установок на занятиях, имитирующих консультацию или прием в клинике.

Практика может включать групповые методы обучения, такие как разбор конкретных случаев, ролевые игры, имитации работы в амбулатории и клиническая практика под контролем супервизора. Важной частью обучения может быть получение непосредственного практического опыта работы с пациентами (пациентоориентированное обучение).

Онлайн-обучение в режиме реального времени и использование ресурсов и методов электронного обучения, где это возможно, способны повысить доступность высококачественных учебных программ для работников здравоохранения (75).

На сайте Train4Health (97) представлен ряд учебных материалов, включая электронные книги, открытые онлайн-курсы и имитационные упражнения по изменению поведения, призванные поддержать самостоятельное ведение болезни.

5.4. ТИРАЖИРОВАНИЕ ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Принципы терапевтического обучения пациентов актуальны для большей части учреждений здравоохранения, и большинству медицинских работников может быть полезно ознакомиться с основными понятиями этой дисциплины. Поэтому курсы по терапевтическому обучению пациентов могут быть включены в программы непрерывного повышения квалификации для многих работников здравоохранения.

Для достижения этой цели руководители высшего звена и разработчики политики могут рассмотреть возможность организации таких курсов в целом ряде организаций и учреждений. Этому может способствовать назначение и подготовка **координаторов учебных программ**, которые будут курировать разработку и проведение курсов по терапевтическому обучению пациентов для работников здравоохранения.

К функциям координаторов учебных программ могут относиться следующие (1):

- продвижение, разработка, реализация и оценка программ терапевтического обучения пациентов;

- разработка учебных методов и средств;
- подготовка преподавателей для пациентов;
- участие в исследованиях в области терапевтического обучения пациентов при необходимости.

Страны, субнациональные регионы или организации, желающие расширить доступ к учебным программам в области терапевтического обучения пациентов, могут рассмотреть возможность использования модели каскадного **обучения преподавателей** (101). Этот подход направлен на подготовку преподавателей, с тем чтобы они научились эффективно преподносить информацию, отвечать на вопросы учащихся и проводить мероприятия, способствующие закреплению полученных знаний (102). Такой подход может помочь внедрить принципы терапевтического обучения пациентов в практику всех сотрудников, а также сделать это обучение более доступным (103).

Рекомендуется предлагать программы междисциплинарного и межпрофессионального обучения (75) разного уровня сложности, например, в формате курсов базовой, промежуточной и углубленной подготовки (примеры из практики 6 и 7). Продолжительность базовых курсов может составлять не более двух дней, что делает их более доступными для широкого круга сотрудников. Разработчики политики и руководители высшего звена могут рассмотреть вопрос о том, должны ли курсы по терапевтическому обучению пациентов промежуточного и/или продвинутого уровня носить обязательный характер для таких медицинских работников, как медсестры и врачи, обучающиеся по специальностям, ориентированным на пациентов с хроническими болезнями, таким как кардиология, эндокринология, нефрология, первичная медико-санитарная помощь и респираторная медицина.

Организации, специализирующиеся на оказании помощи пациентам с определенными хроническими болезнями, могут рассмотреть возможность проведения курсов повышения квалификации, регулярного обновления информации во время рабочих совещаний, а также основной подготовки в области терапевтического обучения пациентов в рамках программ введения в должность новых сотрудников (пример из практики 8).

Пример из практики 6. Разные уровни подготовки преподавателей программы DESMOND, Соединенное Королевство

Программа обучения людей с диабетом навыкам самостоятельного ведения болезни под названием DESMOND включает подготовку преподавателей трех уровней (104):

- **основная подготовка:** однодневный курс по философии, теориям и моделям поведения, лежащим в основе всех модулей, в качестве первого шага в подготовке преподавателя;
- **обучение по конкретным модулям:** однодневный курс, знакомящий преподавателей с учебной программой и ресурсами, необходимыми для проведения занятий с пациентами по выбранному модулю;
- **поддержка непрофессиональных преподавателей:** курс представляет собой источник дополнительной поддержки для непрофессиональных или незарегистрированных работников здравоохранения, которым предстоит принять участие в двухдневном обучении по модулю, посвященному основам самостоятельного ведения болезни и особенностям работы с пациентами с недавно диагностированными заболеваниями.

Пример из практики 7. Сертификат и диплом о повышении квалификации в области терапевтического обучения пациентов, Швейцария

На медицинском факультете Женевского университета курсы для получения сертификата и диплома о повышении квалификации в области терапевтического обучения пациентов проводятся с 1998 г. (105). Они отвечают требованиям Министерства здравоохранения Швейцарии (Федеральное управление здравоохранения) в части подготовки специалистов по самостоятельному ведению болезни. Обучение состоит из двух комплексных этапов, которые дают специалистам возможность повысить свою квалификацию, чтобы (i) поддержать и улучшить навыки и умения пациентов в области охраны здоровья (сертификат о повышении квалификации) и (ii) помочь преподавателям по терапевтическому обучению пациентов разрабатывать и совершенствовать мероприятия с участием пациентов и в их интересах (диплом о повышении квалификации). Обучение проходит в интерактивном режиме и предусматривает персональную супервизию; в проведении учебной программы участвует широкий круг специалистов (врачи, медсестры, психологи, педагоги и арт-терапевты), экспертов и преподавателей.

Пример из практики 8. Разные уровни терапевтического обучения пациентов, Португалия

Португальская ассоциация больных диабетом (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal) разработала сертифицированную программу подготовки работников здравоохранения (106), включающую принципы терапевтического обучения пациентов на разных уровнях. Все эти курсы могут проходить в формате очного, онлайн-ового или смешанного обучения в зависимости от предпочтений и имеющихся ресурсов.

- **Базовые курсы** по диабету (2 дня) предназначены для работников здравоохранения без опыта лечения диабета. Наряду с основами ухода за больными диабетом, в рамках курса дается определение терапевтического обучения пациентов, приводятся практические примеры его использования во время обычных консультаций и рассказывается о роли многопрофильных групп.
- **На промежуточных курсах** (2–5 дней) проводится обучение по конкретным областям лечения диабета, разъясняются концепции терапевтического обучения пациентов в отношении питания, физической активности и фармакологических возможностей. На этом уровне предлагаются специальные курсы по мотивационному консультированию и цифровым ресурсам.
- **Продвинутые курсы** (3–5 дней) включают обучение процессам коммуникации, в том числе использованию надлежащей информации в различных условиях.

Предлагается также курс по психологии в виде специальной пятидневной программы интенсивной подготовки.

Источник: проф. João Filipe Raposo, директор по медицинским вопросам, Португальская ассоциация больных диабетом, Лиссабон, Португалия (воспроизводится с разрешения).

6

СПОСОБСТВУЮЩИЕ И ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Для оказания поддержки пациентам с хроническими заболеваниями в самостоятельном ведении болезни необходимо, чтобы в системе здравоохранения поощрялся лично-ориентированный уход, который должен стать неотъемлемой частью процессов разработки, финансирования и предоставления услуг, а также менялась культура предоставления услуг здравоохранения.

В настоящей главе определяются факторы в системе здравоохранения, которые могут способствовать или препятствовать оказанию

услуг терапевтического обучения пациентов, а также рассматриваются возможные пути преодоления препятствий (вставка 11).

Вставка 11. Какие виды программ терапевтического обучения пациентов с наибольшей вероятностью окажутся успешными?

Результаты осуществления широкомасштабных инициатив указывают на то, что наибольшие шансы на успех имеют программы поддержки самостоятельного ведения болезни, которые:

- поощряются на стратегическом уровне, обеспечивая тем самым полноценное принятие (а в идеале – предоставление ресурсов и возмещение затрат) службами здравоохранения;
- предусматривают программы подготовки специалистов;
- нацелены на структурированное обучение пациентов навыкам самостоятельного ведения болезни в контексте общего лечения и являются достаточно гибкими, чтобы учитывать местные, культурные и индивидуальные особенности.

Источник: Taylor et al. (4).

6.1. ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИИ

Разработчики политики могут содействовать внедрению услуг по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтическому обучению пациентов, работая над тем, чтобы сделать их частью политики, стратегий и процессов ухода за больными с хроническими болезнями, такими как диабет, сердечно-сосудистые и респираторные заболевания. Это может касаться не только разработчиков политики в министерствах здравоохранения, но и тех, кто работает в других сферах, например, в области социального обеспечения.

На уровне министерства здравоохранения рекомендуется проверять, предоставляется ли поддержка пациентам в самостоятельном ведении болезни при любых хронических заболеваниях или только при одном, например при диабете. Такое может произойти, если министерство проводит вертикальные программы по конкретным заболеваниям. Обмен опытом и ресурсами между разными программами по конкретным заболеваниям может способствовать распространению услуг по поддержке самостоятельного ведения болезни в масштабе всей системы здравоохранения.

Другие стратегии и подходы, применяемые министерством здравоохранения или иным государственным ведомством, также могут содействовать или препятствовать внедрению программ поддержки самостоятельного ведения болезни и терапевтического обуче-

ния пациентов. Например, актуальными могут быть стратегии в области финансирования здравоохранения, укомплектования кадрами и профессиональной подготовки, а также повышения качества услуг. В некоторых странах министерство образования может отвечать за подготовку специалистов в области здравоохранения на уровне бакалавриата и, следовательно, участвовать в изменении содержания учебных курсов. Более подробно влияние этих направлений политики рассматривается далее в этой главе и в главе 7.

Для успешного внедрения терапевтического обучения пациентов в обычную клиническую практику лица, разрабатывающие политику по этим направлениям, должны обеспечить согласование целей и приоритетов между различными секторами и министерствами.

Привлечение людей с хроническими заболеваниями к участию в разработке политики или стратегии может стать мощным инструментом, позволяющим добиться изменений за счет выявления потребностей пациентов в поддержке самостоятельного ведения болезни (пример из практики 9).

Национальные программы поддержки лично-ориентированного ведения болезни, включающие терапевтическое обучение пациентов, являются более эффективным инструментом для улучшения показателей здоровья, чем традиционные рекомендации по лечению (108).

Пример из практики 9. Европейская хартия пациентов с идиопатическим легочным фиброзом

Группы защиты интересов пациентов играют важную роль в оказании поддержки пациентам с хроническими заболеваниями и повышении качества ухода. Идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) – это прогрессирующее и необратимое хроническое заболевание легких, от которого в основном страдают люди в возрасте старше 65 лет. Люди с ИЛФ часто не могут добиться своевременной постановки правильного диагноза и вынуждены справляться с неизлечимым и быстро прогрессирующим заболеванием, не имея достаточной поддержки.

В рамках инициативы по взаимодействию врачей и пациентов в 2014 г. в европейских странах были проведены опросы групп по защите интересов пациентов на тему неравенства и неудовлетворенных потребностей в диагностике и лечении, в результате чего была создана Хартия пациентов с ИЛФ (107). Окончательный вариант Хартии был представлен 26 членам Европейского парламента в сентябре 2014 г. и в декабре 2020 г., к тому времени под ней было собрано 35 тыс. подписей.

Источник: г-н Kjeld Hansen, председатель Европейского пульмонологического фонда, Осло (Норвегия), личное сообщение, 18 июля 2022 г. (воспроизводится с разрешения).

Примеры применения такого подхода можно найти по всей Европе, к ним относятся Программа ведения диабета в Германии (109) и Национальная программа ведения астмы в Финляндии (110).

Стратегии поддержки самостоятельного ведения болезни с помощью терапевтического обучения пациентов могут также способствовать достижению других стратегических целей, таких как расширение прав и возможностей пациента и повышение уровня грамотности в вопросах здоровья (69). Они также могут быть направлены на достижение более масштабных целей в области здравоохранения, таких как поддержка развития цифрового здравоохранения, активной гражданской позиции и полноценного участия людей с хроническими заболеваниями (111), а также на снижение неравенства в отношении здоровья.

Поддержка развития цифрового здравоохранения для терапевтического обучения пациентов может принести пользу всей системе здравоохранения, поэтому правительства и научные круги должны поддерживать более широкомасштабное проведение исследовательских программ по разработке и оценке новых технологий для терапевтического обучения пациентов. Однако переход на цифровой формат все же сопряжен с риском усиления неравенства и несправедливости в отношении здоровья из-за разного уровня цифровой грамотности людей (112).

Помимо демонстрации преимуществ терапевтического обучения пациентов для людей с хроническими заболеваниями руководители высшего звена могут также продвигать его в качестве приоритетного направления политики, ссылаясь на фактические данные, свидетельствующие о том, что оно может помочь сократить число обращений за услугами первичной и вторичной медико-санитарной помощи и, возможно, снизить расходы системы здравоохранения в долгосрочной перспективе (вставка 12).

6.2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

Разработчики политики могут использовать ряд нормативно-правовых механизмов для облегчения доступа к высококачественному терапевтическому обучению пациентов, а также к программам подготовки работников здравоохранения в этой области.

Нормативно-правовая база также может служить определяющим фактором при выборе работников здравоохранения, которые могут проводить терапевтическое обучение пациентов. Например, в некоторых странах медсестры не могут проводить терапевтическое обучение пациентов, поскольку этот вид деятельности не предусмотрен нормативными документами, описывающими их обязанности, или же медицинская страховка не покрывает расходы на терапевтическое обучение пациентов, проводимое медсестрой.

Вставка 12. Сокращение использования услуг

Результаты исследований показывают, что благодаря работе служб под руководством медсестер, специализирующихся на респираторных заболеваниях, средняя продолжительность пребывания пациентов с ХОБЛ в стационаре сокращается на 2,53 дня, а средний показатель повторной госпитализации – на 4,5 дня в месяц (113).

Эталонные исследования показали, что мероприятия, проводимые медсестрами-специалистами по респираторным заболеваниям в рамках первичной медицинской помощи, помогают предотвратить госпитализацию и являются безопасными и экономически эффективными для пациентов с хроническими заболеваниями легких (114).

Мероприятия, проводимые под руководством медсестер-специалистов по респираторным заболеваниям и физиотерапевтов, позволили снизить число случаев обращения в отделение неотложной помощи и необходимость в госпитализации (115).

Разработчикам политики может потребоваться устранить подобные препятствия, чтобы обеспечить более широкое распространение программ поддержки самостоятельного ведения болезни в рамках системы здравоохранения.

Детализация услуг, предоставляемых поставщиком услуг здравоохранения, может быть использована правительством, органами-заказчиками или страховыми системами для обеспечения того, чтобы поставщики услуг здравоохранения включали терапевтическое обучение пациентов в план ведения хронических заболеваний (пример из практики 10).

Спецификации могут увязываться с системами качества (см. главу 7), чтобы услуги по терапевтическому обучению пациентов были основаны на фактических данных и отличались высоким качеством. Например, в Англии (Соединенное Королевство) поставщики услуг здравоохранения обязаны предоставлять услуги по обучению пациентов, соответствующие национальным стандартам качества, которые устанавливаются, оцениваются и аккредитуются независимым Институтом обеспечения качества обучения и подготовки в области самостоятельного ведения болезни (118).

Пример из практики 10. Примеры нормативно-правовых инструментов для осуществления изменений в системе здравоохранения

В Швейцарии Федеральный институт общественного здравоохранения опубликовал план действий по реализации Национальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний на 2017–2024 гг. (116). План действий содержит 14 основных мер, одной из которых является «Расширение самостоятельного ведения болезни хронически больными людьми и их родственниками». Кроме того, были разработаны руководство и стандарты по внедрению этой меры и мониторингу ее выполнения.

В Северной Ирландии (Соединенное Королевство) для осуществления изменений используется план-заказ. В нем говорится следующее (117):

Проблема: необходимо создать эффективные механизмы для увеличения числа структурированных учебных программ по ведению диабета в пяти трастовых фондах здравоохранения и социального обеспечения для людей с диабетом 1-го и 2-го типа.

Требование: трастовые фонды должны указать дополнительное число проводимых программ, записанных на них участников и участников, прошедших программу.

Примечание: трастовый фонд – это учреждение здравоохранения в Соединенном Королевстве.

Аналогичным образом системы аккредитации образовательных программ для работников здравоохранения, действующих в вузах, могут быть использованы для отражения принци-

пов терапевтического обучения пациентов в программах подготовки работников здравоохранения (пример из практики 11).

Пример из практики 11. Использование схем аккредитации для включения терапевтического обучения пациентов в программы профессиональной подготовки, Республика Молдова

В Республике Молдова программа профессиональной подготовки в области терапевтического обучения пациентов в школах диабета была аккредитована приказом №13-А Института управления общественным здравоохранением от 12 января 2018 г., выданным Государственным медицинским и фармацевтическим университетом им. Николае Тестемицану (для врачей), и приказом № 1 от 12 января 2018 г., выданным Центром непрерывного медицинского образования медсестер (119–121). Прохождение этой программы профессиональной подготовки включено в должностные обязанности поставщиков услуг здравоохранения, ответственных за работу школ диабета.

Использование нормативно-правовой базы для внедрения терапевтического обучения пациентов в систему здравоохранения может быть сопряжено с определенными трудностями, так как для этого может потребоваться объединение нескольких разных направле-

ний деятельности. Однако если это удастся сделать, то интеграция терапевтического обучения пациентов в системы здравоохранения происходит значительно легче и эффективнее (пример из практики 12).

Пример из практики 12. Прогресс в области регулирования, Грузия

С начала 2000-х годов система здравоохранения в Грузии претерпела многочисленные изменения и подверглась реформам. Большинство услуг здравоохранения предоставляются частным сектором. Не все работники здравоохранения должны проходить курсы повышения квалификации: это требование распространяется только на отдельные дисциплины. Страна столкнулась с проблемами нехватки кадров в секторе здравоохранения, причем в первую очередь это касается оказания первичной медико-санитарной помощи в сельской местности. Необходимо создать основу для подготовки поставщиков услуг здравоохранения в области терапевтического обучения пациентов, разработать показатели качества и перейти к премиальной системе оплаты труда. Есть надежда, что это произойдет в ближайшее время. В 2021 г. началась подготовка к широкомасштабной реформе системы первичной медико-санитарной помощи, которая должна начаться в 2024 г. Планируется включить приоритетные НИЗ в первичную медико-санитарную помощь с дополнительными подушными платежами и установить показатели качества для первичных медико-санитарных услуг. Реформа также будет включать профилактические услуги, обучение пациентов и расширение доступа к возможностям повышения квалификации и образования.

Источник: д-р Nato Shengelia, преподаватель врачей общей практики, Национальный учебный центр семейной медицины, Тбилиси (Грузия), личные сообщения, 21 июля и 17 августа 2022 г. (воспроизводится с разрешения).

6.3. ФИНАНСИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6.3.1. Финансирование услуг терапевтического обучения пациентов

Оценка услуг по поддержке самостоятельного ведения болезни и терапевтическому обуче-

нию пациентов показала, что одним из основных препятствий на пути к успеху является недостаточное текущее финансирование или нехватка других ресурсов (включая время), необходимых для проведения комплексных вмешательств (4).

Финансирование терапевтического обучения пациентов можно рассматривать в контексте более широкомасштабных выплат поставщикам. Во многих странах система финансирования здравоохранения может препятствовать реформам, во-первых, из-за значительного дефицита бюджета систем здравоохранения, особенно в области профилактики и укрепления здоровья, и, во-вторых, из-за невозможности согласовать стимулы для осуществления комплексного лично-ориентированного ухода. Как следствие, при оказании отдельных услуг недооценивается важность профилактики заболеваний и самостоятельного ведения болезни, делается все больший упор на помощь специалистов и больниц, а также поощряется эпизодическое, а не непрерывное осуществление ухода.

Оба эти фактора могут приводить к недостатку или отсутствию финансирования в области поддержки самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов. Поэтому для устранения недостатков финансирования потребуется работа с системами оплаты работы поставщиков услуг, которые

могут функционировать по-разному. Например, во многих странах первичная медико-санитарная помощь финансируется в виде подушных платежей, а решение о приоритетах расходования средств остается за поставщиками услуг. В рамках другой распространенной системы поставщики вторичной медицинской помощи получают оплату за оказание отдельных услуг, из-за чего отсутствуют стимулы для инвестирования средств в развитие терапевтического обучения пациентов.

Поэтому разработчикам политики, возможно, следует рассмотреть способы финансирования терапевтического обучения пациентов в рамках системы оплаты поставщиков услуг с учетом таких аспектов, как:

- уровень финансирования: например, путем увеличения объемов финансирования с целью обеспечения такой численности персонала, чтобы данная служба имела возможность проводить терапевтическое обучение пациентов (пример из практики 13);

Пример из практики 13. Повышение объемов финансирования, выделяемого поставщикам услуг здравоохранения на оплату кадровых ресурсов, Эстония

В Эстонии поставщикам услуг первичной медико-санитарной помощи, у которых на одного семейного врача приходится две медсестры, выделяются дополнительные финансовые средства. Необходимость увеличения числа медсестер до двух связана с задачей совершенствовать процесс ведения НИЗ, в который также входит компонент терапевтического обучения пациентов.

Источник: Triin Nabicht, старший экономист по вопросам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, личное сообщение, 21 октября 2022 г. (воспроизводится с разрешения).

- стимулы: принять меры для того, чтобы поставщики услуг здравоохранения были заинтересованы уделять приоритетное внимание терапевтическому обучению пациентов; это может быть сделано несколькими способами, такими как оплата за координацию, оплата за результаты или использование пакетов услуг³ – эти подходы могут быть связаны с внедрением стандартов или спецификаций качества (см. главу 7) и являются одним из способов постепенного преобразования систем здравоохранения (пример из практики 14).

6.3.2. Финансирование программ подготовки работников здравоохранения по предоставлению терапевтического обучения пациентов

Программы подготовки работников здравоохранения могут иметь разные источники финансирования, включая взимание платы за обучение с самих участников и ассигнования непосредственно из фондов министерства здравоохранения и со стороны фармацевтических компаний или неправительственных организаций.

³ Более подробное обсуждение этих подходов см. в главе 12 отчета Европейского регионального бюро ВОЗ «Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций» (122).

Пример из практики 14. Финансирование терапевтического обучения пациентов, Германия

В Германии возмещение расходов на обучение пациентов осуществляется на основе программы ведения таких распространенных заболеваний, как астма, ХОБЛ, ишемическая болезнь сердца, диабет и гипертония. Она распространяется на все медицинские страховки; для редких заболеваний существуют специальные параграфы, позволяющие проводить и финансировать обучение пациентов.

Обязательным условием финансирования обучения является наличие структурированной и прошедшей оценку программы, которая включает материалы для пациентов, учебный план, пособие и материалы для преподавателей; наличие опубликованных результатов оценки и проведение семинаров по подготовке преподавателей. Программы аккредитованы Федеральным ведомством социального обеспечения (Bundesamt für Soziale Sicherung) для использования в рамках программы Федерального объединенного комитета (Gemeinsamer Bundesausschuss) (123).

Источник: проф. Karin Lange, руководитель отделения медицинской психологии, Ганноверский медицинский университет, Ганновер (Германия), личное сообщение, 26 июля 2022 г. (воспроизводится с разрешения).

В дополнение к программам могут использоваться учебные ресурсы для работников здравоохранения, такие как электронные платформы, веб-сайты и приложения, которые могут предоставляться неправительственными организациями бесплатно или по сниженной стоимости.

6.4. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ

У врачей и медсестер всегда мало времени. Но если вы правильно обучите пациентов, вам не потребуется дополнительное время, потому что у них будет меньше осложнений, снизится заболеваемость и даже смертность.

Проф. Karin Lange, руководитель отдела медицинской психологии, Ганноверский медицинский университет, Ганновер (Германия)

Фактические данные свидетельствуют о том, что целый ряд работников здравоохранения может предоставлять эффективную поддержку пациентам при самостоятельном ведении болезни и осуществлять их терапевтическое обучение (2). Кроме того, некоторые общие программы ведения хронических заболеваний, такие как Стэндфордская модель, могут проводиться непрофессионалами (83).

Хотя многие работники занимаются терапевтическим обучением пациентов в рамках более широкого круга обязанностей, в неко-

торых странах учреждена специальная должность преподавателя, основной задачей которого является терапевтическое обучение пациентов, страдающих определенным заболеванием, например, диабетом⁴. В основном это преподаватели по ведению диабета, но также существуют специалисты по проблемам астмы и других заболеваний⁵. Часто преподаватель занимается не только поддержкой пациентов в вопросах самостоятельного ведения болезни, но и обучает своих коллег и выступает в качестве эксперта в своей области знаний.

Формирование достаточного и стабильного штата сотрудников для выполнения терапевтического обучения пациентов может стать сложной задачей для разработчиков политики, поскольку большая текучесть кадров может привести к утрате навыков (вставка 13) (4).

Сотрудники, которые располагающие наилучшими возможностями для проведения терапевтического обучения пациентов, например, медсестры-специалисты, могут не участвовать в этой деятельности в силу нормативных требований или из-за того, что эти обязанности закреплены за специалистами из других областей здравоохранения. Например, исследование, проведенное в 2021 г.

⁴ Например, в школе диабета Международной диабетической федерации проводится обучение работников здравоохранения для получения квалификации преподавателей самостоятельного ведения диабета (124).

⁵ Например, Ассоциация преподавателей самостоятельного ведения астмы проводит аттестационные курсы для таких преподавателей (125).

Вставка 13. Создание благоприятных условий для работы персонала

Профессиональная подготовка в области поддержки пациентов в самостоятельном ведении болезни, совместная междисциплинарная работа с хорошо отлаженными системами взаимодействия и направления между специалистами, а также привлечение сотрудников к разработке мероприятий являются потенциально важными составляющими оказания поддержки пациентам при самостоятельном ведении болезни.

Источник: Taylor et al. (4).

Международной коалицией респираторных медсестер, подтвердило существование значительных различий между общим сестринским образованием и образованием респираторных медсестер, причем во многих странах отсутствуют какие-либо официальные учебные программы, позволяющие медсестрам получить навыки оказания высококачественной респираторной помощи (126).

В сентябре 2022 г. Международная коалиция респираторных медсестер впервые провела на Конгрессе Европейского респираторного общества сессию, посвященную необходимости разработки стандартизированной учебной программы для респираторных медсестер (127).

Медсестры, специализирующиеся на респираторных заболеваниях, являются важной частью сообщества респираторных специалистов и участвуют практически во всех программах оказания помощи. Они играют важную роль в обучении пациентов, повышении их самостоятельности при ведении болезни и организации ухода.

Много лет назад нам, медсестрам, не разрешали разговаривать с пациентом или его семьей о диагнозе, заболевании или лечении, но сегодня пациенты хотят знать, что происходит и почему, и как они могут контролировать свою болезнь. Лечение и технологии развиваются очень быстро, и медсестры приобретают широкий спектр навыков и умений, но им, в отличие от врачей, не предоставляются возможности для

постоянного повышения квалификации, а их программы подготовки редко включают терапевтическое обучение пациентов. Нам нужна стандартная учебная программа, и именно за это сейчас выступает Международная коалиция респираторных медсестер по всей Европе.

Andreja Šajnić, медсестра из Хорватии, президент Международной коалиции респираторных медсестер

Национальные и региональные органы власти могут содействовать освоению работниками здравоохранения навыков терапевтического обучения пациентов путем пересмотра следующих элементов:

- **нормативные положения о кадрах**, включая должностные функции и обязанности, стандартные операционные процедуры и описания пакетов услуг для оказания помощи в рамках многодисциплинарных команд с усилением роли медсестер, преподавателей и других немедицинских работников;
- **образовательные стратегии**, а также путем введения аккредитованных учебных программ по терапевтическому обучению пациентов для различных медицинских и смежных специалистов.

Например, правительство страны может обеспечить включение принципов терапевтического обучения пациентов в основные учебные программы для студентов медицинских факультетов и будущих медсестер, а также для других членов многодисциплинарных команд (пример из практики 15).

Пример из практики 15. Включение принципов поддержки терапевтического обучения пациентов в основную учебную программу для студентов-медиков, Соединенное Королевство

Основная учебная программа по информационному взаимодействию для студентов-медиков в Соединенном Королевстве 2018 г. (128, 129) опубликована Советом по вопросам взаимодействия для студентов медицинских вузов Соединенного Королевства, который представляет все медицинские университеты и институты Соединенного Королевства. В основном учебном плане особо выделено направление по изменению моделей поведения в отношении здоровья, которое включает развитие навыков, необходимых для поддержки людей в вопросах изменения поведения и ведения хронических заболеваний.

7

ОПЕРАТИВНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ

Создание и поддержка эффективных услуг терапевтического обучения пациентов требуют энергичного руководства, сотрудничества с людьми, живущими с хроническими заболеваниями, а также пристального внимания к вопросам обеспечения качества, справедливого доступа к услугам и надлежащей оценки.

В настоящей главе обсуждаются некоторые практические вопросы, которые можно рассмотреть при внедрении или улучшении услуг терапевтического обучения пациентов.

7.1. РУКОВОДСТВО, КООРДИНАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ

Для предоставления эффективных и устойчивых услуг терапевтического обучения пациентов необходимы авторитетные лидеры. Это могут быть разработчики политики на национальном или региональном уровне, руководители старшего звена, врачи и представители людей с хроническими заболеваниями; последние могут играть важную роль, инициируя общественные обсуждения и побуждая к пересмотру предоставляемых услуг.

Лидеры могут пропагандировать личностно-ориентированный уход, поддержку самостоятельного ведения болезни и проведение

терапевтического обучения пациентов. Лидеры, которые способны сотрудничать с широким рядом заинтересованных сторон и заручиться их поддержкой, могут вносить важный вклад во внедрение и непрерывную реализацию программ действий. Фактические данные указывают на то, что для включения терапевтического обучения пациентов в обычную клиническую практику потребуется энергичное руководство (4).

Разработчики политики могут поощрять и поддерживать руководство системы здравоохранения, создавая сеть лидеров среди поставщиков услуг здравоохранения и учебных заведений для накопления знаний и более глубокого понимания особенностей терапевтического обучения пациентов, обмена опытом успешной реализации или совершенствования местных программ и предотвращения неравенства в процессе оказания медицинской помощи (вставка 14).

Вставка 14. Важность руководства

Стратегии по осуществлению необходимых организационных изменений для внедрения эффективных программ поддержки самостоятельного ведения болезни... [включают] обеспечение сильного руководства и приверженности на самом высоком уровне для придания приоритетности этому направлению; привлечение заинтересованных сторон для обеспечения мотивации и вовлеченности специалистов в процесс осуществления изменений; профессиональную подготовку для развития соответствующих навыков у всех сотрудников; наличие ресурсов для обеспечения непрерывной реализации программ поддержки самостоятельного ведения болезни; а также регулярный надзор и оценку для устойчивого проведения программ.

Источник: Taylor et al. (4).

На местном уровне роль лидера может заключаться в налаживании связей с существующими службами, во внедрении терапевтического обучения пациентов в плановую клиническую работу медицинских учреждений или в создании отдельной медицинской специализации такого рода, в обмене современными знаниями по данной дисциплине, обучении коллег, создании стимулов для организации многопрофильных и междисциплинарных групп для пациентов с хроническими заболеваниями, а также в работе с общественными группами, которые могут предоставить дополнительную информацию и поддержку людям с хроническими заболеваниями и участвовать в разработке услуг местного характера.

Важнейшую роль в обеспечении лидерства в этой области могут сыграть как группы паци-

ентов с конкретными заболеваниями, так и профессиональные ассоциации, например национальные ассоциации медсестер-специалистов или врачей.

7.2. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ВНЕДРЕНИЮ УСЛУГ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Анализ внедрения мероприятий по поддержке самостоятельного ведения болезни позволил выявить ряд благоприятных факторов и выводов, которые могут быть использованы при разработке и предоставлении эффективных услуг терапевтического обучения пациентов. Они приведены ниже (4).

Для успешной разработки и внедрения услуг терапевтического обучения пациентов важно заблаговременно наладить взаимодействие с медицинским персоналом и руководителями высшего звена. Наибольший успех также

отмечается в тех организациях, где старшие руководители оказывают поддержку работникам здравоохранения в продвижении терапевтического обучения пациентов (вставка 15).

Вставка 15. Важность поддерживающей организационной культуры

Эффективные мероприятия носили комплексный и междисциплинарный характер: активное вовлечение пациентов, обучение и мотивация специалистов в рамках организации, где самостоятельное ведение болезни является одним из приоритетов и активно поддерживается. Хотя все три компонента важны, организационная культура является основой для включения принципов самостоятельного ведения болезни в стандартную клиническую практику, что позволяет осуществлять/улучшать процесс и результаты взаимодействия между пациентом и специалистом.

Источник: Taylor et al. (4).

Успеху способствуют как сотрудничество между основными заинтересованными сторонами (что может помочь работникам здравоохранения внедрить новое поведение в практику), так и использование циклов «планирование-выполнение-анализ-действие» (PDSA). Также важно обеспечить эффективное информационное взаимодействие и провести обучение работников здравоохранения в рамках многодисциплинарных групп.

Эффективное вовлечение пациента в совместную разработку услуг терапевтического обучения является важнейшим благоприятствующим фактором (раздел 7.2.1). Например, групповой подход с привлечением общественности является залогом успеха при реализации проектов в социально уязвимых группах населения или в общинах меньшинств. Важно также продумать, каким образом будет происходить вовлечение пациентов с учетом конкретных личностных и ситуационных факторов, препятствующих участию в мероприятиях терапевтического обучения.

Необходимо также контролировать и оценивать реализацию услуг, например, путем проведения регулярных обзоров того, как проводятся мероприятия по поддержке самостоятельного ведения болезни, для обеспечения их корректности, т. е. соответствия изначальным стандартам и замыслу. Во многих исследованиях в качестве одного из ключевых факторов успеха называется готовность политических лидеров и поставщиков услуг здравоохранения постоянно проводить оценку.

7.2.1. Совместная разработка услуг терапевтического обучения пациентов и программ подготовки поставщиков услуг здравоохранения

Совместная разработка означает, что организация и ее заинтересованные стороны участвуют в разработке или пересмотре услуги. Главной характеристикой любого процесса совместной разработки является признание ценности личного опыта людей (130).

Принципы совместной разработки с участием пациентов и работников здравоохранения должны быть утверждены на ранней стадии и использоваться в качестве ориентира при планировании, проектировании и реализации.

Этот подход применим как к разработке услуг по терапевтическому обучению пациентов, так и к программам подготовки работников здравоохранения. Совместная разработка подразумевает вовлечение как людей, живущих с заболеванием (а также их семей и лиц, осуществляющих уход), так и работников здравоохранения. Этого можно достичь, например, путем создания рабочих групп, в состав которых войдут как пациенты, так и работники здравоохранения (пример из практики 16). Фактические данные свидетельствуют о том, что люди, живущие с хроническими заболеваниями, хотели бы играть более активную роль в координации ведения болезни и выборе направлений и методов лечения (131).

Пример из практики 16. К мнению пациентов прислушиваются в Европе

Конечно, профессионалы хорошо разбираются в сфере своей специализации, но они могут не в полной мере осознавать, что значит обладание ею! Раньше считалось, что у организаций пациентов слишком мало связей с реальными пациентами. Но мы ставим перед собой задачу добиться того, чтобы мнения пациентов были услышаны и чтобы медицинские работники руководствовались не только своими профессиональными знаниями, но и этой информацией тоже».

Г-н Kjeld Hansen, председатель Европейского пульмонологического фонда, Осло (Норвегия), личное сообщение, 18 июля 2022 г. (воспроизводится с разрешения)

Европейский пульмонологический фонд сотрудничает с международной сетью пациентов и их организаций с целью вовлечения пациентов в процессы укрепления здоровья легких и совершенствования диагностики, лечения и ухода за больными респираторными заболеваниями (132). (На сайте фонда представлена информация на английском, греческом, испанском, итальянском, немецком, польском, португальском, русском и французском языках). Работу фонда возглавляют сами пациенты: они выступают в качестве равноправных партнеров врачей, благодаря чему последние получают знания, основанные на реальном опыте людей. В рамках сети пациенты могут принимать активное участие в разработке рекомендаций. Например, в 2021 г. четыре пациента присоединились к практикующим врачам и методистам для участия в тщательном процессе разработки рекомендаций Европейского респираторного общества по клинической практике лечения саркоидоза (133, 134). Именно благодаря пациентам усталость была включена в число семи основных проблем, в

отношении которых были разработаны научно обоснованные рекомендации.

К преимуществам совместной разработки относится создание более качественных услуг, которые с большей вероятностью будут отвечать потребностям пациентов, создавать необходимые условия для их вовлечения, способствовать открытости и доверию и, в конечном счете, отличаться большей эффективностью (вставка 16) (135).

7.2.2. Этапы создания или улучшения услуги терапевтического обучения пациентов

Для разработчиков политики и руководителей старшего звена первым этапом создания или улучшения существующих услуг терапевтического обучения пациентов является формирование группы, которая может возглавить работу по осуществлению перемен. Состав этой группы лидеров будет зависеть от области интересов и того, на каком уровне предлагаются услуги – на национальном, региональном или местном.

Вставка 16. Значимость совместной разработки услуг

Положительные результаты совместной разработки услуг для пациентов и работников здравоохранения заключаются в следующем:

- повышение уверенности в себе и вовлеченности;
- новые и более прочные социальные связи;
- более широкий доступ к информации;
- более крепкие лидерские и организаторские навыки;
- более глубокие знания и опыт по определенному вопросу и/или процессу совместной разработки.

Источник: Man et al. (135).

Группе потребуются влиятельные лидеры, способные работать и использовать знания из разных дисциплин и распоряжаться ресурсами.

Первая задача группы лидеров заключается в том, чтобы выявить заинтересованные стороны, включая пациентов и других основных участников, поддерживающих процесс осуществления перемен. Один из ранних этапов – провести анализ ситуации и недочетов. Эту информацию можно использовать для

разработки плана улучшения ситуации с последующим созданием и внедрением новых или пересмотренных услуг. Эти этапы подробно показаны на рисунке 5. Хотя на рисунке процесс начала работы представлен как линейный, когда один шаг следует за другим, в реальности для создания устойчивой услуги может потребоваться неоднократное повторение этих шагов. В этом процессе также могут использоваться признанные методологии проектирования, такие как циклы PDSA⁶.

Рис. 5. Этапы создания или улучшения услуги терапевтического обучения пациентов



⁶ Примеры использования циклов PDSA можно найти в документах ВОЗ (136) и Института совершенствования здравоохранения (137).

7.2.2.1. Этап 1: сформировать группу заинтересованных сторон

Коллектив лидеров должен сформировать группу заинтересованных сторон для сотрудничества с использованием принципов совместной разработки. К ним относятся лица и пациенты с хроническими заболеваниями, а также другие заинтересованные стороны.

В состав группы могут входить:

- пациенты, живущие с хроническими болезнями, члены их семей и лица, осуществляющие уход как представители интересов пользователей услуг;
- люди, живущие с хроническими болезнями, и общественные группы для представления интересов людей, которые имеют такие заболевания, но могут и не пользоваться услугами;
- представители организаций, ответственных за обеспечение, заказ и/или оплату услуг, оказываемых лицам с хроническими болезнями (включая страховые компании);
- руководители соответствующих профессиональных групп, таких как группы семейных врачей, терапевтов, медсестер, физиотерапевтов, фармацевтов, специалистов по общественному здравоохранению и разработчиков политики;
- преподаватели медицинских дисциплин и органы, регулирующие вопросы подготовки студентов вузов и аспирантов, как лица, ответственные за проведение курсов по терапевтическому обучению пациентов.

После создания группы важно определить ее функции и уточнить, располагает ли она полномочиями для принятия решений или выработки рекомендаций. Роль группы может заключаться в уточнении охвата ситуационного анализа; предоставлении рекомендаций по сбору информации; учета мнения людей с реальным опытом ведения болезни в рамках анализа; интерпретации результатов анализа; утверждению областей, требующих улучшения; а также внесении вклада в разработку и надзор за выполнением любого плана реализации.

7.2.2.2. Этап 2: определить охват ситуационного анализа

В Европейском регионе ВОЗ картина терапевтического обучения пациентов носит сложный и разнообразный характер, поэтому важно с самого начала определить охват ситуационного анализа.

При рассмотрении сферы охвата важно оценить интересующую нас популяцию с точки зрения места или условий оказания услуг (люди, проживающие в данном районе или посещающие конкретное медицинское учреждение), возраста и состояния здоровья.

Ниже приведены некоторые примеры ситуаций, требующих определения охвата ситуационного анализа.

- Старший кардиолог больницы в крупном городе хочет провести ситуационный анализ, чтобы понять, какая терапевтическая помощь оказывается пациентам с сердечной недостаточностью, посещающим больницу.
- Директор поликлиники по медицинским вопросам хочет понять, какое терапевтическое обучение проводится для пациентов поликлиники с хроническими болезнями (в частности, с сердечно-сосудистыми и респираторными заболеваниями, диабетом).
- Член правительства, отвечающий за выработку политики в области лечения респираторных заболеваний, хочет выяснить, какое терапевтическое обучение пациентов проводится в стране для работающих людей в возрасте до 60 лет с фиброзом легких.

7.2.2.3. Этап 3: собрать информацию о текущем положении дел и фактические данные об эффективных методах работы

Тип и объем собранной информации будет зависеть от сферы охвата анализа и имеющихся ресурсов и времени для его проведения. Если анализ отличается излишней широтой охвата или носит слишком сложный характер, он может затянуться и утратить свою актуальность. В таблице 8 приводятся предложения о типе информации, которую можно собрать.

Таблица 8. Информация, которую необходимо собрать в рамках ситуационного анализа

Тип информации	Описание
Фактические данные о эффективных методах работы	Информация о предыдущих проектах совместной разработки услуг, передовом опыте, оценках и результатах любого пилотного проекта в своей стране и в странах с аналогичными системами здравоохранения; в качестве примера можно привести платформу COMPAR-EU (18).
Население и сообщество	<p>Мнения людей с реальным опытом: что люди с хроническими болезнями, а также члены их семей и лица, осуществляющие уход, думают об оказываемой им поддержке при самостоятельном ведении болезни. Здесь следует учитывать мнения как пациентов, посещающих учреждения здравоохранения, так и людей с хроническими болезнями, которые этого не делают.</p> <p>Вопросы должны касаться факторов, препятствующих и способствующих доступу к услугам поддержки.</p> <p>Примерное число лиц с хроническими заболеваниями, которые с наибольшей вероятностью получают пользу от терапевтического обучения.</p> <p>Дополнительная информация может включать демографические данные, сведения об уровне грамотности в вопросах здоровья и ресурсах сообщества, которые могут содействовать поддержке людей с хроническими заболеваниями.</p>
Модель предоставления услуг	<p>При наличии услуг терапевтического обучения пациентов их следует описать с учетом следующих критериев:</p> <p>Кто их предоставляет? – Определить организации, ответственные за предоставление услуг.</p> <p>Что именно предоставляется? – Описание содержания терапевтического обучения пациентов.</p> <p>Каким образом они предоставляются и финансируются? – В рамках существующих консультаций или групп и т. д.</p> <p>Какие профессиональные группы участвуют в предоставлении услуг, и осуществляется ли много- и междисциплинарная работа?</p> <p>Когда предоставляются услуги? – Например, при постановке диагноза или позднее.</p> <p>Как часто предоставляются услуги?</p>
Равенство	<p>Информация о том, имеют ли все пациенты одинаковый доступ к услугам терапевтического обучения пациентов – находятся ли какие-либо конкретные группы в неблагоприятном положении из-за возраста, гендера, социально-экономических факторов или этнической принадлежности?</p> <p>В ходе этого анализа необходимо также учитывать членов семьи и лиц, осуществляющих уход.</p>

Таблица 8. (продолжение)

Тип информации	Описание
Качество	Информация о подготовке персонала, и о том, основаны ли проводимые мероприятия на наилучших фактических данных. Соответствует ли услуга каким-либо стандартам качества или спецификациям, проводилась ли оценка/аудиторская проверка предлагаемых услуг.
Ресурсы	Информация о текущих расходах и выделенном персонале. Описание любых дополнительных ресурсов, таких как онлайн-платформы, приложения или специальные ресурсы, доступные как пациентам, так и работникам.

Методы сбора данных будут зависеть от охвата ситуационного анализа. Некоторые предложения по способам сбора информации приводятся ниже (в соответствии с классификацией, представленной в таблице 8).

- Качественная информация от пациентов и людей с хроническими болезнями, членов их семей и лиц, осуществляющих уход: информацию можно собрать при помощи вопросников, опросов или фокус-групп. Благодаря этому можно получить данные о населении, сообществе, качестве услуг и справедливости в их предоставлении.
- Качественная информация от заинтересованных сторон и поставщиков услуг здравоохранения: информацию можно собрать при помощи вопросников, опросов или фокус-групп. Таким образом можно получить сведения о качестве, справедливости и ресурсах, а также подтвержденные данные об эффективных методах работы.
- Количественная информация, собранная у поставщиков услуг здравоохранения: например, поставщик медицинских услуг может предоставить информацию о том, скольким пациентам, живущим с хроническими заболеваниями, предлагается та или иная форма терапевтического обучения пациентов.

7.2.2.4. Этап 4: определить пробелы в предоставлении услуг

Следующим этапом в ходе проведения анализа является составление списка пробелов в предоставлении услуг. Представленные в

таблице 9 категории можно использовать для структурирования анализа.

7.2.2.5. Этап 5: согласовать области для улучшения

Руководители и группа заинтересованных сторон, возможно, пожелают рассмотреть несколько вариантов действий по устранению существующих пробелов в обеспечении услуг. Факторы, которые могут повлиять на решение о приоритетности того или иного варианта, включают потенциальные выгоды, скорость и простоту реализации, имеющиеся ресурсы, любые нормативные или правовые ограничения, а также вовлеченность персонала.

7.2.2.6. Этап 6: продумать, спланировать и разработать новую или измененную услугу

Планирование и разработка могут занять значительное время – именно на этом этапе совместная работа имеет решающее значение (вставка 17). На этапе разработки и внедрения услуги может очень полезно лично ознакомиться с проектами, которые были успешно реализованы в других субнациональных регионах или учреждениях, чтобы лучше понять возможные проблемы и варианты их решения. Рекомендуется также обдумать возможности для адаптации проектов, успешно реализованных в других учреждениях, регионах или странах, к местным условиям. Прежде чем переходить к полномасштабному внедрению, следует апробировать новые идеи в рамках нескольких небольших или пилотных проектов и провести их оценку. На этапе разработки может быть полезно применение циклов PDSA.

Таблица 9. Примеры возможных пробелов в предоставлении услуг

Категория	Примеры возможных пробелов в предоставлении услуг
Население и сообщество	<p>Люди с хроническими заболеваниями (члены их семей и лица, осуществляющие уход) считают, что к их мнению не прислушиваются и что их потребности не удовлетворяются.</p> <p>У сообщества имеются ресурсы, но они используются в недостаточном объеме.</p>
Модель предоставления услуг	<p>Население не обеспечено достаточным объемом услуг.</p> <p>Предлагаемая программа не проводится эффективным образом.</p>
Справедливость	<p>Социально уязвимые группы населения не имеют доступа к терапевтическому обучению пациентов.</p> <p>Лицам, осуществляющим уход за больными с хроническими заболеваниями, оказывается недостаточная поддержка.</p>
Качество	<p>Предлагаемое терапевтическое обучение пациентов не соответствует стандартам передовой практики.</p> <p>Персонал, проводящий терапевтическое обучение пациентов, не проходит регулярного или повторного обучения после прохождения базовой подготовки.</p>
Ресурсы	<p>Персоналу не хватает времени для проведения терапевтического обучения пациентов в рамках плановых консультаций.</p> <p>Страховые компании не финансируют программы терапевтического обучения пациентов.</p>

Вставка 17. Коллегиальный подход к разработке услуг может способствовать их внедрению

В успешных программах применялись циклы PDSA и аналогичные подходы к совместной работе для того, чтобы мотивация и заинтересованность специалистов/организаций способствовали достижению желаемых результатов в области реорганизации услуг.

Источник: Taylor et al. (4).

В рамках более крупных проектов необходимо будет рассмотреть вопрос об объединении и поэтапном осуществлении различных мер по улучшению ситуации в таких областях, как подготовка кадров, реструктуризация служб и финансирование терапевтического обучения пациентов.

7.2.2.7. Этап 7: внедрить изменения

Методы осуществления преобразований будут варьироваться в зависимости от масштабов изменений и имеющихся ресурсов. Наиболее оптимальным может быть поэтапное начало или совершенствование услуг.

Полезным подходом является также расширение масштабов успешных пилотных или небольших проектов. Распространение услуг на новые объекты или организации потребует подготовительного этапа взаимодействия с местным персоналом и другими ключевыми заинтересованными сторонами, также может понадобиться адаптировать услуги к новому месту или условиям.

Имплементационные исследования могут помочь при оценке масштабирования мероприятий терапевтического обучения пациентов и их интеграции в системы здравоохранения.

Такие исследования могут быть актуальны не только с точки зрения выявления факторов, препятствующих и способствующих внедрению новых программ, но и при дальнейшей доработке вмешательств, необходимой для их успешной адаптации (например, использование циклов PDCA на этапе внедрения услуг (138)).

7.3. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫХ УСЛУГ

Чтобы услуги терапевтического обучения пациентов были эффективными и рентабельными, они должны отличаться высоким качеством, которое можно поддерживать в течение длительного времени. Кроме того, важной целью программ терапевтического обучения пациентов и самостоятельного ведения болезни является повышение качества обслуживания пациентов с хроническими заболеваниями путем их активного вовлечения и оказания им поддержки для того, чтобы они стали специалистами по собственному лечению.

Руководители программ и разработчики политики должны совместными усилиями формировать процессы непрерывной оценки и повышения качества предоставляемых услуг. Такой подход можно назвать системой улучшения или обеспечения качества. Кроме того, можно проводить оценку услуг для определения их результатов.

В зависимости от особенностей национальной или субнациональной системы здравоохранения и нормативно-правовой базы система повышения качества может разрабатываться на национальном, региональном, организационном уровнях (например, под руководством поставщиков услуг здравоохранения, уполномоченных органов или страховых компаний) или на уровне местного учреждения здравоохранения.

Необходимо уделять пристальное внимание качеству как услуг терапевтического обучения пациентов, так и программ подготовки работников здравоохранения.

Рис. 6. Принципы системы повышения качества



7.3.1. Системы повышения качества

Существует несколько различных подходов к внедрению систем повышения качества, и выбор наилучшего варианта будет зависеть от конкретных условий и имеющихся ресурсов; однако базовые принципы одинаковы для всех подходов (рис. 6) (139).

Первый этап заключается в установке **стандартов качества**. Это процессы, результаты которых можно измерить и которые, как известно, важны для поддержания высокого качества услуг. Привлечение пациентов (а также членов их семей и лиц, осуществляющих уход), пользующихся услугой, к установлению стандартов качества (и оценке эффективности) имеет решающее значение для выявления аспектов, которые по-настоящему важны для пациентов.

К примерам стандартов качества для программы терапевтического обучения пациентов и программ подготовки работников здравоохранения могут относиться следующие:

- все сотрудники, осуществляющие терапевтическое обучение пациентов, должны пройти аккредитованный курс подготовки в течение последних трех лет;
- поставщик услуг здравоохранения ежегодно проводит опрос пациентов с сердечной недостаточностью, чтобы узнать их мнение о группе обучения пациентов;
- всем пациентам с диабетом в течение шести месяцев после постановки диагноза должен быть назначен личный прием у медсестры-специалиста;
- междисциплинарные группы должны встречаться не реже одного раза в месяц;
- обновление программы базовой подготовки должно происходить ежегодно, чтобы обеспечить ее соответствие передовой практике;
- студенты, завершающие программу промежуточной подготовки, должны продемонстрировать владение соответствующими навыками общения с пациентами, что оценивается с помощью признанного теста.

Вторым этапом является оценка эффективности работы в соответствии со стандартами качества. Это может быть сделано путем ежегодного заполнения вопросника поставщиками услуг или работниками здравоохранения; также может быть проведен опрос пациентов. В некоторых случаях источником сведений могут служить информационные системы или базы данных здравоохранения.

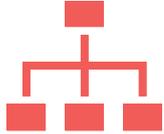
Третий этап – принятие мер по повышению качества. Этот этап очень важен, но иногда им пренебрегают, поскольку он требует много ресурсов и времени. Руководители должны обеспечить принятие мер, если таковое было предписано. К способам повышения качества услуг относятся дополнительная подготовка персонала, совместная работа с пациентами по разработке услуг, организация встреч междисциплинарных групп для обсуждения потребностей отдельных пациентов, совершенствование услуг, использование инструментов, приложений и онлайн-платформ для персонала и пациентов с целью повышения качества услуг.

После принятия мер по улучшению качества необходимо провести повторную оценку эффективности работы, чтобы убедиться в повышении качества услуг. Если стандарты качества постоянно соблюдаются, то для дальнейшего совершенствования услуг представляется целесообразным их дополнительно повысить.

К наиболее распространенным методам внедрения системы повышения качества относятся системы аккредитации (см. главу 6), спецификации заказчиков или аудиторские проверки. Например, в рамках швейцарской стратегии по улучшению поддержки пациентов при самостоятельном ведении болезни было разработано десять стандартов качества (рис. 7) (140).

В Англии (Соединенное Королевство) Институт повышения качества образования и подготовки в области самостоятельного ведения заболеваний (118) разработал стандарты аккредитации услуг по обучению пациентов с хроническими болезнями. Стандарты разработаны для таких областей, как управление, выполнение программы и постоянное улучшение качества (пример из практики 17). Допускается заказ исключительно аккредитованных услуг, с тем чтобы гарантировать их высокое качество.

Рис. 7. Стандарты качества услуг по поддержке пациентов при самостоятельном ведении болезни, Швейцария

<p>СК 1. Программы, адаптированные в соответствии с потребностями</p> 	<p>СК 2. Партнерство с затронутыми лицами</p> 	<p>СК 3. Привлечение родственников</p> 	<p>СК 4. Программы, основанные на научных данных</p> 	<p>СК 5. Стандартизация качества</p> 
<p>СК 6. Хорошая организация и координация работы на всех уровнях</p> 	<p>СК 7. Устойчивые программы</p> 	<p>СК 8. Равные возможности</p> 	<p>СК 9. Обнародование результатов и обеспечение прозрачности</p> 	<p>СК 10. Безопасность и защита данных</p> 

СК: стандарт качества.

Источник: на основе Kessler (140) (воспроизводится с разрешения)

Пример из практики 17. Стандарты аккредитации услуг по обучению пациентов, Англия (Соединенное Королевство)

Цели, этика и дизайн

а) У поставщика услуг есть письменное заявление, в котором описывается лично-ориентированная направленность программы. С его текстом ознакомлены все сотрудники поставщиков услуг, заказчики и участники.

б) Программа имеет документально оформленные цели и четко определенную целевую аудиторию, а в ее основе лежат образовательные теории и надежная доказательная база. В рамках программы должны быть четко определены желаемые результаты ее проведения для участников как минимум по одному из следующих аспектов: знания, уверенность в собственных силах, биомедицинские показатели, убеждения в отношении здоровья, связанное со здоровьем поведение или благополучие.

в) Программа призвана помочь участникам в постановке собственных целей и при необходимости в разработке планов своих действий.

г) Медико-санитарная информация, содержащаяся в программе, является актуальной и достоверной, включая информацию о методах лечения, лекарственных средствах и устройствах.

Источник: Институт повышения качества образования и подготовки в области самостоятельного ведения заболеваний (118).

7.3.2. Оценка

Необходимо проводить оценку услуг терапевтического обучения пациентов и программ подготовки работников здравоохранения с целью проверки их эффективности, результативности, справедливости и достижения поставленных целей. Например, если желаемым результатом является устойчивое улучшение качества жизни и состояния здоровья пациентов с астмой, посещающих трехнедельный курс, то в ходе оценки можно попросить их регулярно регистрировать пиковую скорость выдоха и заполнять утвержденный вопросник по качеству жизни и контролю

астмы (соответствующие показатели обсуждаются ниже) до и после курса в течение согласованного периода времени, например шести месяцев. Однако если при оценке тех же желаемых результатов сравнивать только знания участников до и после курса, то нельзя будет проследить, достигает ли курс заявленных целей. Желательно включить такую оценку в программу на начальном этапе ее разработки до реализации (пример из практики 18). Было установлено, что постоянное проведение оценки является одним из ключевых факторов, способствующих сохранению эффективности и высокого качества услуг (4).

Пример из практики 18. Оценка групповых занятий для пациентов с диабетом, Албания

В 2015 г. учебный отдел кафедры эндокринологии Тиранского университета (Албания) провел курс обучения самостоятельному ведению болезни для 395 человек с диабетом. Продолжительность курса составила пять дней, и в его проведении участвовала вся многодисциплинарная группа. Исследователи хотели выяснить, повлиял ли курс на здоровье и самочувствие пациентов: для этого они измерили средний уровень сахара в крови (с определением уровня гемоглобина A1c) перед проведением курса, а затем повторно через полгода и год. Качество жизни пациентов также оценивалось с помощью вопросника «Качество жизни при диабете», состоящего из 46 пунктов. Результаты показали улучшение как качества жизни, так и регуляции обмена веществ. Наибольшее отличие заключалось в том, что пациенты, прошедшие курс, стали гораздо меньше беспокоиться о своем лечении и меньше бояться за свое будущее (141).

Для оценки изменений в структуре, процессе и результате предоставления услуг могут быть разработаны ключевые показатели эффективности. Необходимо также выяснить и принять во внимание мнения людей, предоставляющих услуги и пользующихся ими.

Существуют утвержденные показатели, которыми можно воспользоваться для оценки услуг. Сообщаемые пациентами показатели полученных результатов (PROM) и сообщаемые пациентами показатели полученного опыта (PREM) представляют собой самостоятельно заполняемые вопросники для оценки мнения пациентов о состоянии своего здоровья. Были разработаны особые показатели для отдельных заболеваний, которые могут использоваться для оценки эффективности услуг, а также общие показатели, оценивающие качество жизни и благополучие. В качестве примера можно привести показатели для лечения диабета (142) и респираторных заболеваний (143), а также индекс благополучия ВОЗ-5, который может использоваться в

качестве показателя психологического благополучия (144).

Существуют инструменты, позволяющие измерить степень уверенности человека в собственной способности самостоятельно контролировать свое хроническое заболевание, что может помочь в оценке успешности структурированных программ самостоятельного ведения болезни, а также услуг терапевтического обучения пациентов (65, 145).

В примере из практики 19 описана оценка программ подготовки работников здравоохранения.

7.4. УСТРАНЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА

Разработчики политики и руководители высшего звена должны знать, каким образом неравенство в отношении здоровья может повлиять на риск развития хронического заболевания и способность человека минимизировать осложнения, связанные с этим заболеванием.

Пример из практики 19. Оценка программ подготовки работников здравоохранения, Португалия

Португальская ассоциация больных диабетом [Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal] проводит оценку своих курсов по подготовке работников здравоохранения. В ходе оценки делается попытка выйти за рамки простых технических показателей, таких как число предлагаемых или проведенных курсов и зарегистрированных или прошедших полный курс участников. Ассоциация использует более сложные показатели, позволяющие понять степень соответствия структуры и содержания курса составу и потребностям целевой аудитории, а также установить, изменяются ли их знания, навыки и поведение к лучшему.

Перед курсом рассылается анкета, содержащая вопросы с несколькими вариантами ответов, чтобы определить исходные знания и опыт работы в данной области, а также конкретные потребности в обучении во время курса. В ходе проведения курса обсуждаются практические ситуации с целью оценки навыков и поведения участников (частью этого процесса может быть ролевая игра). Участникам и координаторам курса предлагается повторно заполнить анкету через полгода и год и внести предложения по совершенствованию курса. Результаты этой оценки используются для внесения изменений и разработки новых курсов.

Источник: проф. João Filipe Raposo, директор по медицинским вопросам, Португальская ассоциация больных диабетом, Лиссабон, Португалия (воспроизводится с разрешения)

Например, люди из неблагополучных и малообеспеченных групп или представители этнических меньшинств чаще болеют диабетом; при этом среди тех, у кого развивается диабет, оказывается ниже уровень охвата скринингом на диабетическую ретинопатию (146). Международная диабетическая федерация подчеркивает важность обеспечения прав людей с диабетом на проведение скрининга на ретинопатию.

Существует также вероятность усиления неравенства, если такие мероприятия, как терапевтическое обучение пациентов, не будут проводиться с учетом различных социально-экономических условий. Например, мероприятия, в которых не учитываются различия в уровне образования, цифровой грамотности и грамотности в вопросах здоровья, могут принести очень ограниченную пользу тем группам населения, грамотность которых не соответствует предполагаемым уровням (147).

Применение знаний о поведении и культурных особенностях в области здравоохранения (148) может помочь разработчикам и руководителям высшего звена понять, как социальные, культурные, политические, психологические или экономические факторы влияют на желание или способность человека принять предложение пройти терапевтическое обучение. Это относится к знаниям из

области социальных и гуманитарных наук, которые могут помочь в понимании факторов, содействующих или препятствующих участию. Эти знания часто зависят от контекста и могут быть использованы при разработке, внедрении и оценке политики в области здравоохранения для обеспечения ее эффективности, приемлемости и справедливости.

На решение человека о прохождении терапевтического обучения могут влиять факторы, затрудняющие доступ к нему, или уровень его грамотности в вопросах здоровья.

7.4.1. Расширение доступа к услугам терапевтического обучения пациентов

Разработчики политики и руководители высшего звена могут рассматривать вопрос обеспечения доступа к услугам терапевтического обучения с точки зрения пациентов, т. е. этот аспект может зависеть от особенностей отдельных пациентов. Например, на доступ пациента к услуге могут повлиять такие факторы, как возраст, инвалидность, пол, религия и культурные особенности (вставка 18).

Способность пациентов пользоваться услугами терапевтического обучения может зависеть от места, времени и метода предоставления услуги.



Мне не нравилось болеть диабетом. Я злился и боролся с ним. Диабет повлиял на мой характер, мое настроение, отношение к жизни, выбор профессии, взгляды на жизнь. Моим родителям со мной пришлось нелегко. До 13 лет я отказывался делать укол и ходил с ума из-за того, что я не такой, как все. Я не мог ездить на школьные экскурсии, я должен был всегда быть дома, потому что там хранился инсулин и имелись прочие средства, необходимые для моей жизнедеятельности. Я ушел в себя и забросил учебу. К подростковому возрасту я стал совершенно неуправляемым и полностью отрицал существование болезни. Я игнорировал все ограничения и ходил гулять с друзьями без инъекций, пока не падал в обморок. А потом все повторялось снова.

Жизнь с диабетом: Мэтт, 52 года, садовник



Вставка 18. Гендерное неравенство при поддержке самостоятельного ведения болезни

Некоторые исследования показывают, что мужчины менее охотно участвуют в программе самостоятельного ведения болезни, если им кажется, что эта программа не соответствует их личностным ценностям (24). Исследования, посвященные конкретным проблемам здоровья, свидетельствуют о том, что, например, мужчины с ревматоидным артритом считают более приемлемыми информационные занятия, а не дискуссионные группы для улучшения самостоятельного ведения болезни (149). Мужчинам поддержка кажется более привлекательной, когда мероприятия воспринимаются как вызов, соответствующий их мужским идеалам независимости, стоицизма и контроля, когда занятия ориентированы на конкретные действия, имеют четкую цель и предлагают информацию, значимую для каждого отдельного пациента, а также практические стратегии, которые можно включить в повседневную жизнь (24).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (150).

Например, если такие услуги предоставляются только в дневное время, работающие люди не смогут ими воспользоваться, а пациенты с низким уровнем дохода или не имеющие транспортного средства не смогут посещать занятия с медсестрой-специалистом, если им придется далеко ехать.

Некоторые социально уязвимые группы населения могут не знать о том, какие услуги им доступны. Поэтому следует использовать комплексные стратегии для набора участников программ обучения, включая повышение осведомленности специалистов, волонтерских групп, местных общественных или социальных групп (пример из практики 20) (46).

7.4.2. Повышение уровня грамотности в вопросах здоровья

Уровень грамотности в вопросах здоровья, включая грамотность в области электронного здравоохранения и цифровую грамот-

ность (151), может влиять на способность человека самостоятельно контролировать свое состояние.

Низкая грамотность в вопросах здоровья может мешать получению и использованию медико-санитарной информации, а также ведению здорового образа жизни и надлежащему использованию услуг здравоохранения (47, 48).

У людей должен быть достаточный уровень грамотности в вопросах здоровья (152), чтобы они могли удовлетворять свои потребности по охране здоровья и эффективно пользоваться услугами здравоохранения. Для людей с хроническими болезнями требования и сложность их состояния могут быть слишком высокими для их уровня грамотности в вопросах здоровья, из-за чего они не могут удовлетворять свои медицинские потребности (153). Решить эту проблему можно благодаря

Пример из практики 20. Адаптация мероприятий для расширения доступа конкретных групп населения к услугам, Соединенное Королевство

- Лицам разного этнического происхождения может быть полезна поддержка, организованная с учетом их культурных особенностей.
- Людям с низкой уверенностью в себе или низкой самооценкой могут пойти на пользу коучинг или посещение курсов.
- Людям с сопутствующими психическими заболеваниями целесообразно посещать восстановительные колледжи^а.
- Мужчины трудоспособного возраста могут получить пользу от групповых занятий, основанных на активной деятельности, и индивидуального обучения.
- Лицам, осуществляющим уход, могут быть полезны курсы, где они могут познакомиться со своими коллегами и решить проблемы, связанные с обязанностями по уходу.
- Молодые люди могут получать поддержку в режиме онлайн.

^а Восстановительные колледжи были созданы для того, чтобы предоставить людям с психическими расстройствами безопасное место для совместного обучения новым навыкам (и развития уже имеющихся), что способствует укреплению их связей с окружающим миром и повышению чувства контроля над ситуацией благодаря обучению, которое осуществляется совместно людьми с аналогичным опытом и работниками здравоохранения.

Источник: © The Health Foundation (46).

применению как системного, так и индивидуального подхода.

На рис. 8 показаны способы решения проблемы низкой грамотности в вопросах здоровья (47, 153):

- повышение уровня грамотности в вопросах здоровья на индивидуальном и популяционном уровнях при помощи обучения (например, в школах и в рамках кампаний по медико-санитарному просвещению населения) и профессиональной подготовки;
- компенсация низкого уровня грамотности в вопросах здоровья путем корректировки общения в ходе консультаций с пациентами и адаптации учебных стратегий;
- обеспечение предоставления организациями медико-санитарной информации и доступных ресурсов с использованием различных форматов и подходов для удовлетворения информационных потребностей обслуживаемых ими людей.

Рис. 8. Решение проблемы низкой грамотности в вопросах здоровья



Источник: на основе публикации Всемирной организации здравоохранения (153).

8

ВЫВОДЫ

Цель данного руководства – помочь разработчикам политики и работникам здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ расширить доступ к эффективному терапевтическому обучению для всех пациентов, которые живут с одним или несколькими хроническими заболеваниями и в значительной степени выиграют от применения данного подхода.

При составлении данного руководства интересы людей, живущих с хроническими заболеваниями, учитывались в первую очередь, с тем чтобы их мнение было услышано, а услуги разрабатывались с учетом их потребностей.

В руководстве подчеркивается, что терапевтическое обучение пациентов – это сложный и лично-ориентированный процесс, а не просто передача информации от работника здравоохранения, прошедшего соответствующую подготовку, пациенту.

В нем показано, как терапевтическое обучение пациентов может по-настоящему изменить жизнь людей, живущих с хроническими заболеваниями, помогая им уменьшить негативные последствия болезни, укрепить свое здоровье и повысить благополучие и качество жизни.

Руководство доказывает, что такой подход к терапевтическому обучению пациентов не только полезен для самого человека и его семьи, но и может снизить нагрузку на службы здравоохранения, обеспечить экономическую эффективность и принести пользу всему обществу за счет оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями в самостоятельном ведении их болезни.

Руководство представляет собой дорожную карту для разработчиков политики и специалистов здравоохранения, которые планируют создать или усовершенствовать свои услуги терапевтического обучения пациентов. В нем объясняются предпосылки и основные принципы терапевтического обучения пациентов, а также дается пошаговое описание того, как следует предоставлять эффективные услуги в этой области. При этом в качестве примеров

приводятся истории пациентов, дающие читателю представление о принципах использования услуг терапевтического обучения пациентов на практике.

Преобразование услуг в целях включения терапевтического обучения пациентов в программы планового ухода за пациентами с хроническими заболеваниями является сложной и долгосрочной целью для всей системы здравоохранения. Важным компонентом этих изменений является подготовка работников здравоохранения в области теории и практики терапевтического обучения пациентов. В настоящем руководстве содержатся практические рекомендации для разработчиков политики и специалистов здравоохранения по внедрению этого подхода на кадровом уровне путем разработки и реализации учебных программ для работников здравоохранения в области поддержки самостоятельного ведения болезни и терапевтического обучения пациентов.

Для оказания поддержки пациентам в самостоятельном ведении болезни требуется такая система здравоохранения, в которой лично-ориентированная помощь будет включена в процесс разработки и оказания услуг, возможно, с одновременным изменением самой культуры предоставления услуг, например, путем расширения роли медсестер. Учитывая трудности, связанные с внедрением подобных изменений в системе здравоохранения, отдельная глава руководства была посвящена обсуждению способствующих и препятствующих факторов, с которыми могут столкнуться разработчики политики и работники здравоохранения; в этой главе также предлагаются возможные варианты устранения препятствий.

Наконец, в руководстве даны практические рекомендации по созданию или совершенствованию уже существующих услуг за счет решения таких общих задач, как обеспечение высокого качества услуг и устранение неравенства в доступе к ним.

БИБЛИОГРАФИЯ⁷

⁷Все ссылки приводятся по состоянию на 13 августа 2023 г.

1. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO Working Group. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>).
2. Correia J, Waqas A, Assal J, Davies M, Somers F, Golay A et al. Effectiveness of therapeutic patient education interventions for chronic diseases: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Med.* 2023;9:996528. doi: 10.3389/fmed.2022.996528.
3. Supporting self-management: a summary of the evidence. London: National Voices; 2014 (<https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/supporting-self-management>).
4. Taylor SJ, Pinnock H, Epiphaniou E, Pearce G, Parke HL, Schwappach A et al. A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. *Health Serv Deliv Res.* 2014;2(53):1–580. doi: 10.3310/hsdr02530.
5. Elissen A, Nolte E, Knai C, Brunn M, Chevreur K, Conklin A et al. Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):17. doi: 10.1186/1472-6963-13-117.
6. Nolte E, Knai C. Assessing chronic disease management in European health systems: country reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/170390>).
7. Orrego C, Ballester M, Heymans M, Camus E, Groene O, Niño de Guzman E et al. Talking the same language on patient empowerment: development and content validation of a taxonomy of self-management interventions for chronic conditions. *Health Expect.* 2021;24(5):1626–38. doi: 10.1111/hex.13303.
8. Борьба с диабетом – разработка Словенией второй национальной 10-летней программы борьбы с диабетом и новый подход: примеры решения проблемы НИЗ в странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350645>).
9. De Souza ACC, Moreira TMM, De Oliveira ES, De Menezes AVB, Loureiro AMO, De Araújo Silva CB et al. Effectiveness of educational technology in promoting quality of life and treatment adherence in hypertensive people. *PLOS One.* 2016;11(11):e0165311. doi: 10.1371/journal.pone.0165311.
10. Barnason S, White-Williams C, Rossi LP, Centeno M, Crabbe DL, Lee KS et al. Evidence for therapeutic patient education interventions to promote cardiovascular patient self-management: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2017;10(6):e000025. doi: 10.1161/HCQ.0000000000000025.
11. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *J Cancer Educ.* 2011;26(1):12–21. doi: 10.1007/s13187-010-0183-x.
12. Anderson L, Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Rossau HK, Bridges C et al. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD008895. doi: 10.1002/14651858.CD008895.pub3.
13. Champarnaud M, Villars H, Girard P, Brechemier D, Balardy L, Nourhashemi F. Effectiveness of therapeutic patient education interventions for older adults with cancer: a systematic review. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(7):772–82. doi: 10.1007/s12603-020-1395-3.

14. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *Plos One*. 2019;14(8):e0220116. doi: 10.1371/journal.pone.0220116.
15. Nolte E, Merkur S, Anell A, editors. *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020 (www.cambridge.org/9781108790062).
16. de Silva D. *Helping people help themselves*. London: The Health Foundation; 2011 (<https://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves>).
17. The Cochrane Library [website]. London: Cochrane; 2023 (<https://www.cochranelibrary.com/>).
18. COMPAR-EU Platform [website]. Brussels: European Union; 2023 (<https://platform.self-management.eu/>).
19. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1–7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
20. Ballester M, Orrego C, Heijmans M, Alonso-Coello P, Versteegh MM, Mavridis D et al. Comparing the effectiveness and cost-effectiveness of self-management interventions in four high-priority chronic conditions in Europe (COMPAR-EU): a research protocol. *BMJ Open*. 2020;10(1):e034680. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034680.
21. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
22. Rahman Chowdhury S, Chandra Das D, Chowdhury Sunna T, Beyene J, Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2023;57:101860. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.101860.
23. Teljeur C, Moran PS, Walshe S, Smith SM, Cianci F, Murphy L et al. Economic evaluation of chronic disease self-management for people with diabetes: a systematic review. *Diabet Med*. 2017;34(8):1040–9. doi: 10.1111/dme.13281.
24. Galdas P, Kidd L, Darwin Z, Fell J, Blickem C, Gilbody S et al. A systematic review and metaethnography to identify how effective, cost-effective, accessible and acceptable self-management support interventions are for men with long-term conditions (SELF-MAN). *Health Serv Deliv Res*. 2015;34:1–301. doi: 10.3310/hsdr03340.
25. Penaloza-Ramos MC, Jowett S, Mant J, Schwartz C, Bray EP, Sayeed Haque M et al. Cost-effectiveness of self-management of blood pressure in hypertensive patients over 70 years with suboptimal control and established cardiovascular disease or additional cardiovascular risk diseases (TASMIN-SR). *Eur J Prev Cardiol* 2016;23(9):902–12. doi: 10.1177/2047487315618784.
26. Brownson CA, Hoerger TJ, Fisher EB, Kilpatrick KE. Cost-effectiveness of diabetes self-management programs in community primary care settings. *Diabetes Educ*. 2009;35(5):761–9. doi: 10.1177/0145721709340931.
27. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними: проект резолюции, представленный Председателем Генеральной Ассамблеи. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011 (шестьдесят шестая сессия, пункт 117 повестки дня; A/66/L.1; <https://digitallibrary.un.org/record/710899?ln=en#record-files-collapse-header>).

28. Политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2018 (семьдесят третья сессия, пункт 119 повестки дня; A/ RES/73/2; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/315/40/PDF/N1831540.pdf?OpenElement>).
29. Итоговый документ совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2014 (шестьдесят восьмая сессия, пункт 118 повестки дня; A/ RES/68/300; <https://digitallibrary.un.org/record/774662?ln=ru>).
30. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (A/RE/70/1; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/92/PDF/N1529192.pdf?OpenElement>).
31. Политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними: среднесрочная оценка хода осуществления Глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг.: резюме: доклад Секретариата. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/359417>).
32. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
33. Seventy-second World Health Assembly: Geneva, 20–28 May 2019: resolutions and decisions annexes. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHA72/2019/REC/1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331821>).
34. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341532>).
35. Seventy-fourth World Health Assembly: Geneva, 24 May–1 June 2019: resolutions and decisions annexes. Geneva: World Health Organization; 2021 (WHA74/2021/REC/1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352594>).
36. Тринадцатая общая программа работы на 2019–2023 гг.: укрепление здоровья, поддержание безопасности в мире, охват услугами уязвимых групп населения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328844>).
37. Европейская программа работы на 2020–2025 гг.: совместные действия для улучшения здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339486>).
38. Sixty-ninth session of the World Health Assembly. Strengthening integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (Resolution WHA69.24; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252804>).
39. Integrated people-centred care [website]. In: World Health Organization/Health topics. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1).
40. Европейский региональный комитет, шестьдесят шестая сессия: Копенгаген, 12–15 сентября 2016 г.: резолюция: укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды

людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338252>).

41. Европейский региональный комитет, семьдесят вторая сессия: Тель-Авив, 12–14 сентября 2022 г.: Региональный план действий в области цифрового здравоохранения для Европейского региона ВОЗ на 2023–2030 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360964>).
42. Европейский региональный комитет, семьдесят вторая сессия: Тель-Авив, 12–14 сентября 2022 г.: Европейская региональная рамочная основа для действий в области анализа поведенческих и культурных факторов в интересах здоровья на 2022–2027 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360901>).
43. Sirois BC, Burg MM. Negative emotion and coronary heart disease. A review. *Behav Modif.* 2003;27(1):83–102. doi: 10.1177/0145445502238695.
44. Pintaudi B, Lucisano G, Gentile S, Bulotta A, Skovlund SE, Vespasiani G et al. Correlates of diabetes-related distress in type 2 diabetes: findings from the benchmarking network for clinical and humanistic outcomes in diabetes (BENCH-D) study. *J Psychosom Res.* 2015;79(5):348–54. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.08.010.
45. Schinckus L, Dangoisse F, Van den Broucke S, Mikolajczak M. When knowing is not enough: emotional distress and depression reduce the positive effects of health literacy on diabetes self-management. *Patient Educ Couns.* 2018;101(2):324–30. doi: 10.1016/j.pec.2017.08.006.
46. De longh A, Fagan P, Fenner J, Kidd L, Phillips J, Craven L et al. A practical guide to self-management support. London: The Health Foundation; 2015 (<https://www.health.org.uk/publications/a-practical-guide-to-self-management-support>).
47. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 1: overview. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/364203>).
48. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
49. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Schinckus L, Schwarz P, Doyle G, Pelikan J et al. The impact of health literacy on diabetes self-management education. *Health Educ J.* 2018;77(3):349–62. doi: 10.1177/00178969177515.
50. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001 (<https://nap.nationalacademies.org/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>).
51. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva. 23–28 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>).
52. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J et al. “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):3–11. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029.
53. Разработанная ВОЗ Концепция конструктивного взаимодействия с людьми, живущими с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2023 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/367634>).

54. Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up – and there’s no going back. *BMJ*. 1999;319(7212):719–20. doi: 10.1136/bmj.319.7212.719.
55. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ*. 2000;320(7234):526–7. doi: 10.1136/bmj.320.7234.526.
56. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390–3. doi: 10.1097/00001888-200104000-00021.
57. Vanstone M, Canfield C, Evans C, Leslie M, Levasseur MA, MacNeil M et al. Towards conceptualizing patients as partners in health systems: a systematic review and descriptive synthesis. *Health Res Policy Syst*. 2023;21(1):12. doi: 10.1186/s12961-022-00954-8.
58. Pomey MP, Lebel P. Patient engagement: the Quebec path. *Healthc Pap*. 2016;16(2):78–83. PMID: 28332969.
59. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC et al. Le “Montreal model”: Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé [The “Montreal model”: challenges of the relational partnership between patients and health professionals]. *Sante Publique*. 2015;27:S41–50. PMID: 26414256 (in French).
60. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. London: The King’s Fund; 2011 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-shared-decision-making-reality>).
61. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*, volume 4. New York: Academic Press; 1994:71–81.
62. APA Dictionary of Psychology. Washington (DC): American Psychological Association; 2023 (<https://dictionary.apa.org/>).
63. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327884>).
64. Barbosa H, de Queiroz Oliveira JA, da Costa J, de Melo Santos, JP Miranda L, de Carvalho Torres et al. Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: an integrative review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2021;104(4):689–702. doi: 10.1016/j.pec.2021.01.011.
65. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: an introduction to patient activation. London: The King’s Fund; 2014 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/supporting-people-manage-their-health>).
66. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):333–42. doi: 10.1016/j.pec.2007.05.005.
67. Lloyd M, Bor R, Noble L. *Clinical communication skills for medicine*, 4th edition. Edinburgh: Elsevier; 2018 (<https://shop.elsevier.com/books/clinical-communication-skills-for-medicine/lloyd/978-0-7020-7213-0>).
68. Cox C, Fritz Z. Presenting complaint: use of language that disempowers patients. *BMJ*. 2022;377:e066720. doi: 10.1136/bmj-2021-066720.
69. Noble L. Doctor–patient communication and adherence to treatment. In: Myers L, Midence K, editors. *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1998 (<https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.1201/9781003072348/adherence-treatment-medical-conditions-lynn-myers-kenny-midence?refId=782e5a4c-a852-4a52-90b0-c7113caad84c&context=ubx>).

70. Baron R. Telling patients they are overweight or obese: an insult or an effective intervention? Comment on "The influence of physician acknowledgment of patients' weight status on patient perceptions of overweight and obesity in the United States". *Arch Intern Med.* 2011;171(4):321–2. doi: 10.1001/archinternmed.2011.5.
71. Sim D, Yuan S, Yun J. Health literacy and physician–patient communication: a review of the literature. *Int J Commun Health* 2016;10:101–14.
72. Inclusive language matters [factsheet]. London: Patient Information Forum; 2022 (<https://pifonline.org.uk/download/file/804/>).
73. Knowles M. *Andragogy in action: applying modern principles of adult learning.* San Francisco (CA): Jossey-Bass; 1984.
74. World Health Organization, Jhpiego. *Effective teaching: a guide for educating healthcare providers.* Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43372>).
75. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013.* Geneva; World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/93635>).
76. De La Tribonnière X, Gagnayre R. [Interdisciplinarity in patient education: from concept to proposal of evaluation criteria]. *Educ Ther Patient.* 2013;5(1):163–76. doi: 10.1051/tpe/2013027 (in French).
77. Cameron FJ, Wherrett DK. Care of diabetes in children and adolescents: controversies, changes, and consensus. *Lancet.* 2015;385(9982):2096–106. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60971-0.
78. Asthma action plan [factsheet. London: Asthma + Lung UK; 2022 (<https://shop.asthmaandlung.org.uk/collections/health-advice-resources/products/adult-asthma-action-plan-1>).
79. Patient education material assessment tool. Lansing (MI): Asthma Initiative of Michigan (<https://getastmahelp.org/documents/asthma-assessment-tool.pdf>).
80. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361–7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
81. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891.
82. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2018;61(12):2461–98. doi: 10.1007/s00125-018-4729-5.
83. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract.* 2001;4(6):256–62. PMID: 11769298.
84. Toti F. CA_061. L'éducation en groupe comme outil pour motiver les patients diabétiques, pour un meilleur control métabolique et réduction de poids [Group education as a tool to motivate and empower diabetic patients, for better metabolic control and weight reduction]. Congrès de la SFD, Nice, France, 22–25 March 2022. Paris: Société Francophone du Diabète; 2023 (oral presentation; <https://www.sfdiabete.org/abstract-mediathèque?mediaId=149955&channel=41666>).

85. MyDesmond e-learning platform [website]. In: DESMOND. Leicester: Leicester Diabetes Centre; 2020 (<https://www.desmond.nhs.uk/modules-posts/mydesmond>).
86. Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Frith PA, Zwerink M, Monninkhof EM et al. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;8(8):CD011682. doi: 10.1002/14651858.CD011682.pub2.
87. Ditewig JB, Blok H, Havers J, van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2010;78(3):297–315. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.016.
88. Lee TW, Lee SH, Kim HH, Kang SJ. Effective intervention strategies to improve health outcomes for cardiovascular disease patients with low health literacy skills: a systematic review. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2012;6(4):128–36. doi: 10.1016/j.anr.2012.09.001.
89. ORCHA [website]. Daresbury: Organisation for the Review of Health and Care Apps; 2023 (<https://orchahealth.com/about-us/>).
90. COVID-19 and lung disease Q&A [website]. Sheffield: European Lung Foundation; 2023 (<https://europeanlung.org/en/information-hub/covid-19-and-lung-disease-qa/>).
91. Toolkit for tackling misinformation on noncommunicable diseases: forum for tackling misinformation on health and NCDs. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363688>).
92. Breath Easy Westminster [website]. London: Breath Easy Westminster; 2023 (<https://www.breatheasywestminster.com/>).
93. Jünger J, Köllner V, von Lengerke T, Neuderth S, Schultz JH, Fischbeck S et al. Kompetenzbasierter Lernzielkatalog "Ärztliche Gesprächsführung" [Competence-based catalogue of learning objectives for conducting medical consultations]. *Z Psychosom Med Psychother.* 2016;62(1):5–19. doi: 10.13109/zptm.2016.62.1.5 (in German).
94. Lindholm Olinder A, DeAbreu M, Greene S, Haugstvedt A, Lange K, Majaliwa ES et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: diabetes education in children and adolescents. *Pediatr Diabetes.* 2022;23(8):1229–42. doi: 10.1111/pedi.13418.
95. Habersaat KB, Jackson C. Understanding vaccine acceptance and demand – and ways to increase them. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2019;63(1):32–9. doi: 10.1007/s00103-019-03063-0.
96. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [Skills repository for providing therapeutic patient education within the framework of a programme. Supplementary document to appendix n°1 of the decree of 31 May, 2013 relating to the skills required to provide or coordinate therapeutic patient education] [website]. Paris: Public Health France; 2013 (<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/referentiel-de-competences-pour-dispenser-l-education-therapeutique-du-patient-dans-le-cadre-d-un-programme.-document-complementaire-a-l-annexe-n-1>) (in French).
97. Train4Health [website]. Brussels: European Union; 2023 (<https://www.train4health.eu/>).
98. Cadogan C, Strawbridge J, Cavaco AM, Kerkstra A, Baixinho C, Félix IB et al. Report on the development of a European competency framework for health and other professionals to support behaviour change in persons self-managing chronic disease and the associated learning

outcomes-based curriculum. Brussels: Train4Health; 2021 (https://www.train4health.eu/resources/casestudies/T4H_IO1%20report_v12_20211229_PUBLIC.pdf).

99. Guerreiro MP, Strawbridge J, Cavaco AM, Félix IB, Marques MM, Cadogan C. Development of a European competency framework for health and other professionals to support behaviour change in persons self-managing chronic disease. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):287. doi: 10.1186/s12909-021-02720-w.
100. Pontefract SK, Wilson K. Using electronic patient records: defining learning outcomes for undergraduate education. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):30. doi: 10.1186/s12909-019-1466-5.
101. Pearce J, Mann MK, Jones C, van Buschbach S, Olff M, Bisson JI. The most effective way of delivering a train-the-trainers program: a systematic review. *J Contin Educ Health Prof.* 2012;32(3):215–26. doi: 10.1002/chp.21148.
102. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Understanding the training of trainers model [website]. In: CDC Healthy Schools/Training and Professional Development. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (https://www.cdc.gov/healthyschools/tths/train_trainers_model.htm).
103. Johnson MJ, May CR. Promoting professional behaviour change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. *BMJ Open.* 2015;5(9):e008592. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008592.
104. Educators [website]. In: DESMOND. Leicester: Leicester Diabetes Centre; 2023 (<https://www.desmond.nhs.uk/educators>).
105. Teaching [website]. In: Therapeutic Patient Education. Geneva: Hopitaux Universitaires Geneve; 2023 (<https://www.hug.ch/en/therapeutic-patient-education/teaching>).
106. Courses for health professionals [website]. Lisbon: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal; 2023 (<https://apdp.pt/formacao/cursos-para-profissionais-de-saude/>).
107. Bonella F, Wijzenbeek M, Molina-Molina M, Duck A, Mele R, Geissler K et al. European IPF Patient Charter: unmet needs and a call to action for healthcare policymakers. *Eur J Respir.* 2016;47(2):597–606. doi: 10.1183/13993003.01204-2015.
108. Selroos O, Kupczyk M, Kuna P, Łacwik P, Bousquet J, Brennan D et al. National and regional asthma programmes in Europe. *Eur Respir Rev.* 2015;24(137):474–83. doi: 10.1183/16000617.00008114.
109. Mehring M, Donnachie E, Bonke FC, Werner C, Schneider A. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. *Diabetol Metab Syndr* 2017;9(1):37. doi: 10.1186/s13098-017-0236-y.
110. Haahtela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax.* 2006;61(8):663–70. doi: 10.1136/thx.2005.055699.
111. Nothing for us without us: opportunities for meaningful engagement of people living with NCDs: meeting report. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340737>).
112. Azzopardi-Muscat N, Sørensen K. Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective. *Eur J Public Health.* 2019;29:13–17. doi: 10.1093/eurpub/ckz166.

113. Cope K, Fowler L, Pogson Z. Developing a specialist-nurse-led "COPD in-reach service". *Br J Nurs*. 2015;24(8):441–5. doi: 10.12968/bjon.2015.24.8.441.
114. Cox K, Macleod S, Sim C. Avoiding hospital admission in COPD: impact of a specialist nursing team. *Br J Nurs*. 2017;26(3):152–7. doi: 10.12968/bjon.2017.26.3.152.
115. Lawlor M, Kealy S, Agnew M, Korn B, Quinn J, Cassidy C et al. Early discharge care with ongoing follow-up support may reduce hospital readmissions in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2009;4:550–60. PMID: 19436695.
116. Massnahmenplan 2021–2024 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 [Action plan 2021–2024 for the National strategy for the prevention of noncommunicable diseases (NCD strategy) 2017–2024]. Bern: Federal Office of Public Health; 2020 (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-mn-plan-2021-2024-kurzversion.pdf.download.pdf/NCD_MN-Plan_Kurzversion_DE.pdf) (in German).
117. Trust delivery plan 2019/20. Dundonald: South Eastern Health and Social Care Trust; 2019 (https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiy4_XK7PX-AhWMVqQEHYnDvMQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fsetrust.hscni.net%2Fdownload%2F359%2F27-november-2019%2F4865%2Fset-79-19-draft-trust-delivery-plan.pdf&usq=AOvVaw1sFYflyAWdQCyaK1W_2W2S).
118. Supporting the self-management sector to achieve excellent quality [website]. Chaldon: Quality Institute for Self-management Education and Training; 2023 (<https://www.qismet.org.uk/>).
119. Ordin nr. 13-A cu privire la organizarea cursului de instruire a formatorilor cu genericul, "Școala pacientului cu diabet" [Order No. 13-A on the organization of the training for trainers on the generic "School for patients with diabetes"]. Chișinău: Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; 2018 (in Romanian).
120. Ordin nr. 1 cu privire la organizarea cursului de formare a formatorilor pentru "Școala pacientului cu diabet" [Order No. 1 on the organization of training of trainers for the "School for patients with diabetes"]. Chișinău: Centre for Medical Education of Medical and Pharmaceutical Staff with Secondary Education; 2018 (in Romanian).
121. Golovin B, Gramma R, Vudu L, Stafil A, Grama Bolboceanu L. Școala pacientului cu diabet zaharat: ghid pentru lucrătorii medicali [School for patients with diabetes mellitus: guide for health workers]. Chișinău: School of Health Management, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; 2018 (in Romanian).
122. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F. Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329337>).
123. Gemeinsamer Bundesausschuss [Federal Joint Committee] [website]. Berlin: Federal Joint Committee; 2023 (g-ba.de) (in German).
124. Diabetes educators [website]. In: IDF School of Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2023 (<https://www.idfdiabeteschool.org/premium-courses/diabetes-educators>).
125. Prepare for asthma educator certification [website]. Royersford (PA): Association of Asthma Educators; 2023 (<https://asthmaeducators.org/prepare-for-asthma-educator-certification/>).
126. Šajnić A, Kelly C, Smith S, Heslop-Marshall K, Axelsson M, Padilha JM et al. Need and baseline for harmonising nursing education in respiratory care: preliminary results of a global survey. *Breathe*. 2022;18(3):210172. doi: 10.1183/20734735.0172-2021.

127. Price OJ, Paixão C, Poddighe D, Miranda S, Silva R, Silva L et al. ERS International Congress 2022: highlights from the Allied Respiratory Professionals Assembly. *ERJ Open Res.* 2023;9(3):00013-2023. doi: 10.1183/23120541.00013-2023.
128. Outcomes 2 – Professional skills [website]. In: General Medical Council/Outcomes for graduates. London: General Medical Council; 2019 (<https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/outcomes-for-graduates/outcomes-for-graduates/outcomes-2---professional-skills?>).
129. Noble LM, Scott-Smith W, O’Neill B, Salisbury H; UK Council of Clinical Communication in Undergraduate Medical Education. Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education. *Patient Educ Couns.* 2018;101(9):1712–19. doi: 10.1016/j.pec.2018.04.013.
130. Trischler J, Dietrich T, Rundle-Thiele S. Co-design: from expert- to user-driven ideas in public service design. *Public Manag Rev.* 2019;21(11):1595–619. doi: 10.1080/14719037.2019.1619810.
131. Cabitza M, Riedo G, Bosisio F, Barazzetti G, Kaufmann A, Audergon L et al. «Donner la voix à la population». Enquête auprès de la population romande concernant la santé intégrative [«Giving people a voice». Survey of the French-speaking population concerning integrative health]. Bern: Initiative Santé intégrative et société; 2022 (<https://www.santeintegrative.ch/download/32949/1009281>).
132. About ELF [website]. In: European Lung Foundation. Sheffield: European Lung Foundation; 2023 (<https://europeanlung.org/en/>).
133. Baughman RP, Valeyre D, Korsten P, Mathioudakis AG, Wuyts WA, Wells A et al. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *Eur Respir J.* 2021;58(6):2004079. doi: 10.1183/13993003.04079-2020.
134. Our patient input process [website]. In: European Lung Foundation. Sheffield: European Lung Foundation; 2023 (<https://europeanlung.org/en/>).
135. Man M, Abrams T, Mcleod R. Implementing and evaluating co-design, a step-by-step toolkit. London: New Philanthropy Capital; 2019 (<https://www.thinknpc.org/resource-hub/implementing-and-evaluating-co-design/>).
136. Plan–Do–Study–Act (PDSA) tool [factsheet]. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/plan-do-study-act-tool.pdf?sfvrsn=660523b_3).
137. How to improve [website]. In: Institute for Healthcare Improvement/Resources/Tools. Boston (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2023 (<https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx>).
138. Peters DH, Tran NT, Adam T, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Implementation research in health: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/91758>).
139. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005;83(4):691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
140. Kessler C. Standards et critères de qualité applicables aux programmes de promotion à l’autogestion dans le cadre de processus d’éducation thérapeutique du patient (ETP). Guide à l’intention des responsables des programmes [Quality standards and criteria for self-management promotion programmes in therapeutic patient education (TPE) processes. Guide for programme managers]. Bern: Office fédéral de la santé publique; 2021 (<https://www.prevention.ch/files/publicimages/Standards-et-crit%C3%A8res-de-qualit%C3%A9-applicables-Fran%C3%A7ais.pdf>) (in French).

141. Toti F, Sokoli E, Kulluri E, Lapardhaja A, Carcani M. Education for diabetes self-management improves quality of life and reduces HbA1c levels in people with diabetes. *Endocr Abst.* 2015;37:EP473 doi: 10.1530/endoabs.37.EP473.
142. Nano J, Carinci F, Okunade O, Whittaker S, Walbaum M, Barnard-Kelly K et al. A standard set of person-centred outcomes for diabetes mellitus: results of an international and unified approach. *Diabet Med.* 2020;37(12):2009–18. doi: 10.1111/dme.14286.
143. Rutten-Van Mólken M, Roos B, Van Noord JA. An empirical comparison of the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) and the Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) in a clinical trial setting. *Thorax.* 1999;54(11):995–1003. doi: 10.1136/thx.54.11.995.
144. Wellbeing measures in primary health care/the Depcare Project: report on a WHO Meeting. Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349766>).
145. Roberts NJ, Kidd L, Dougall N, Patel IS, McNarry S, Nixon C. Measuring patient activation: the utility of the Patient Activation Measure within a UK context – results from four exemplar studies and potential future applications. *Patient Educ Couns.* 2016;99(10):1739–46. doi: 10.1016/j.pec.2016.05.006.
146. Spanakis EK, Golden SH. Race/ethnic difference in diabetes and diabetic complications. *Curr Diab Rep.* 2013;13(6):814–23. doi: 10.1007/s11892-013-0421-9.
147. Kendall E, Ehrlich C, Sunderland N, Muenchberger H, Rushton C. Self-managing versus self-management: reinvigorating the socio-political dimensions of self-management. *Chronic Illn.* 2011;7(1):87–98. doi: 10.1177/1742395310380281.
148. Флагманская инициатива ВОЗ в сфере анализа поведенческих и культурных факторов: адаптация мер политики к реальным потребностям людей. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://www.who.int/europe/ru/publications/m/item/who-behavioural-and-cultural-insights-flagship---tailoring-health-policies>).
149. Flurey CA, Hewlett S, Rodham K, White A, Noddings R, Kirwan JR. “You obviously just have to put on a brave face”: a qualitative study of the experiences and coping styles of men with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017;69(3):330–7. doi: 10.1002/acr.22951.
150. Здоровье и благополучие мужчин в Европейском регионе ВОЗ: улучшение здоровья в рамках гендерного подхода. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329686>).
151. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res.* 2006;8(2):e9. doi: 10.2196/jmir.8.2.e9.
152. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro. P, Sørensen K, editors. International handbook of health literacy : research, practice and policy across the lifespan. Bristol: Policy Press; 2019 (<https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/international-handbook-of-health-literacy>).
153. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Санитарная грамотность: убедительные факты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277124>).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – это специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., которое несет основную ответственность за координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ – одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

Австрия	Монако
Азербайджан	Нидерланды (Королевство)
Албания	Норвегия
Андорра	Польша
Армения	Португалия
Беларусь	Республика Молдова
Бельгия	Российская Федерация
Болгария	Румыния
Босния и Герцеговина	Сан-Марино
Венгрия	Северная Македония
Германия	Сербия
Греция	Словакия
Грузия	Словения
Дания	Соединенное Королевство
Израиль	Таджикистан
Ирландия	Туркменистан
Исландия	Турция
Испания	Узбекистан
Италия	Украина
Казахстан	Финляндия
Кипр	Франция
Кыргызстан	Хорватия
Латвия	Черногория
Литва	Чехия
Люксембург	Швейцария
Мальта	Швеция
	Эстония

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.who.int/europe

