

Руководство по эффективному общению с пациентом в целях изменения поведения, лечения и ведения неинфекционных заболеваний

Настоящее руководство было разработано при поддержке проекта «Здоровая жизнь: снижение бремени неинфекционных заболеваний», финансируемого Швейцарским Бюро по сотрудничеству (SDC) и реализуемого Швейцарским Институтом Тропической Медицины и Общественного Здоровья

**Руководство по эффективному общению с пациентом в целях изменения поведения, лечения и ведения неинфекционных заболеваний является изданием из серии
БИБЛИОТЕКА ЗДОРОВЬЯ в офисе семейного врача.**

Кишинэу, 2020 г.

Авторы:

Д-р Лавиния Михаела НАНУ	Специалист в области семейной медицины
Наталья ЗАРБАИЛОВА	Канд. мед. наук, доцент Кафедры семейной медицины, ГУМФ им. Николае Тестемицану, Эксперт общественного здравоохранения, Проект «Здоровая жизнь»
Борис ГЫЛКА	Канд. мед. наук, доцент Кафедры семейной медицины, ГУМФ им. Николае Тестемицану
Мариан НАНУ	Специалист в области семейной медицины
Зинаида АЛЕКСА	Канд. мед. наук, доцент Кафедры эндокринологии, ГУМФ им. Николае Тестемицану, зав. отделения эндокринологии, ПМСУ РКБ им. Тимофея Мошняги, председатель Общества врачей-эндокринологов Республики Молдова
Мариана НЕГРЯН	Заместитель директора по практическому обучению, Образцовый Центр медицины и фармации им. Раисы Пакало

В этом руководстве представлены некоторые инструменты и правила надлежащей практики для специалистов первичной медико-санитарной помощи, семейных врачей и медсестер для улучшения их взаимодействия пациентами страдающими с неинфекционными заболеваниями.

Это руководство было одобрено **Приказом Министерства Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты № 754 от 26 июня 2019 года** «Об утверждении Руководства по эффективному общению с пациентом в целях изменения поведения, лечения и ведения неинфекционных заболеваний».

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Руководство по эффективному общению с пациентом в целях изменения поведения, лечения и ведения неинфекционных заболеваний / Лавиния Михаела Нану, Наталья Зарбаилова, Борис Гылка [и др.]; Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты. – Кишинэу : Imprint Plus, 2020. – 100, [4] p. ; tab., fig., tab color. – (Seria "Biblioteca sănătății", ISBN 978-9975-3386-5-3).

Aut. sunt indicații pe vs. f. de tit. – Tit. orig.: Ghid pentru o comunicare eficientă cu pacientul privind schimbarea comportamentului, tratarea și managementul suferințelor cronice. – Bibliogr.: p. 97-99 (31 tit.). – Изд. при фин. поддержке Швейцарского Бюро по сотрудничеству (SDC).– 500 ex.

ISBN 978-9975-3386-9-1.

614.253(036)

P 851

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	7
Раздел I. Прямое общение с пациентом в рамках консультации в офисе врача/дома у пациента	14
Установление и укрепление взаимоотношений с пациентом	14
Установление связи	14
Отношение врача для укрепления взаимоотношений с пациентом	17
Выявление повода для консультации	18
Понимание проблемы пациента и того, как она влияет на его жизнь	20
Изучение точки зрения пациента в отношении проблемы здоровья, с которой он сталкивается	21
Структурирование содержания информации	22
Способ передачи информации	24
Принятие решений	26
Раздел II. Общение в рамках обучения пациентов самопомощи на индивидуальных и коллективных сессиях.....	30
Мотивационное интервью.....	31
Транстеоретическая модель изменения поведения	34
Знаки, указывающие на необходимость изменения поведения	36
Амбивалентность.....	36
Распознавание уровня мотивации пациента	37
Три стиля общения	39
Три типа навыков общения	42
Способность СПРАШИВАТЬ.....	44
Способность СЛУШАТЬ	48

Способность ИНФОРМИРОВАТЬ	50
Стратегия мотивационного интервью.....	53
Обучение пациента в рамках коллективных (групповых) сессий	74
Этапы процесса обучения пациентов в рамках групповых сессий.....	74
Темы, рассматриваемые в рамках групповых сессий.....	76
Особенности программы обучения самопомощи для пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	77
Темы обучающих сессий, предназначенных для пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	78
Темы обучающих сессий, предназначенных для пациентов с хронической ишемической болезнью сердца	79
Динамика сессий программы обучения самопомощи пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	80
Динамика сессий программы обучения самопомощи пациентов с хронической ишемической болезнью сердца	89
Заключение	96
Библиография.....	108

Введение

То, как специалисты первичной медико-санитарной помощи общаются с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, оказывает большое влияние на процесс выздоровления. Чуткое отношение и навыки общения врачей и медработников повышают доверие пациентов и их семей к медицинским услугам. Кроме того, чувство безопасности и комфорта, которое испытывают пациенты с хроническими заболеваниями при взаимодействии с бригадой первичной медико-санитарной помощи, помогает им предпринять важные шаги к изменению своего образа жизни, что крайне важно для решения их проблем здоровья.

Особенность пациентов с хроническими заболеваниями состоит, в частности, в том, что проблемы здоровья, с которыми они сталкиваются, вынуждают их выстраивать определенную терапевтическую модель поведения и адаптировать свой образ жизни, чтобы улучшить свое состояние. У некоторых пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, к примеру, сахарным диабетом, на эффективность лечения может повлиять тот факт, что они считают, что бремя лечения влияет на качество их жизни больше, чем бремя заболевания или осложнения! Из-за этого они зачастую не соблюдают ни назначенное лечение, ни диету, а это, в свою очередь, приводит к крайне серьезным осложнениям, особенно если пациенты не приступили к изменению своего образа жизни.

Необходимость того, чтобы пациент с хроническими заболеваниями научился нести ответственность за собственное здоровье, очевидна, а специалист, в свою очередь, может поддержать его в этом процессе, в первую очередь, уважая права пациента посредством: предоставления неограниченного доступа к услугам, соблюдения конфиденциальности и уважения частной жизни, надлежащего предоставления полезной информации, уважения автономии пациента в принятии решений. Однако, если при общении с пациентом, врач придерживается патерналистской модели, то права пациента в этом случае не соблюдаются. В таких ситуациях, поставщики медицинских услуг считают, что медицинские решения должны приниматься именно специалистами, поскольку их авторитет, профессионализм, опыт, а также их черты характера, ресурсы, структура медицинского обслуживания дают врачам или медработникам преимущество, ставя их «выше» пациента, а пациент, в свою очередь, должен придерживаться терапевтического поведения, установленного специалистом, не имея возможности или полномочий оспаривать решение последнего. По-видимому, эти властные отношения кажутся выгодными для поставщиков услуг; однако в долгосрочной перспективе

приверженность пациента лечению снижается, а изменения в образе жизни минимальны, поскольку пациент все чаще начинает задумываться о том, что ответственность за свое здоровье лежит на медицинских работниках. Ведь это они его лечат! Но так ли это на самом деле?

По мере развития общества, с появлением необходимости снижения затрат на здравоохранение, возникла острая проблема – найти наиболее эффективные средства для повышения приверженности пациентов лечению и содействовать их более активному вовлечению в управление собственным здоровьем. Постепенно произошли изменения в терапевтических отношениях между специалистом и пациентом. Таким образом, появилась концепция совместного принятия медицинских решений, которая подразумевает, что как врач, так и пациент участвуют в процессе принятия решений и обмена информацией, причем каждый из них может выразить свои предпочтения в отношении терапевтических вариантов и поведения, чтобы они могли, в конечном счете, вместе определить, что делать. Тот, кто может вылечиться – это пациент, а врач и медработник помогают ему в этом процессе, предоставляя ему информацию, поддержку и решения.

Тем не менее, специалисты первичной медико-санитарной помощи могут жаловаться, что перевес в отношениях, зачастую, оказывается не в их пользу, в том смысле, что пациенты, особенно те, кто страдают хроническими заболеваниями, начинают лучше осознавать свои права, требуют, независимо от времени суток, внимания и заботы со стороны специалистов первичной медико-санитарной помощи, просят, чтобы им выдавали направления в другие службы (даже если в этом нет необходимости) или назначали новые «модные» лекарства – все это может привести к физическому и эмоциональному истощению медицинского персонала. Однако такое поведение отражает зависимость, которая развивается у пациентов, как от медицинских услуг, так и от специалистов, считая, что только так они могут найти поддержку, чтобы улучшить собственное здоровье.

Европейский форум пациентов – организация, которая с 2003 года продвигает единое мнение пациентов с хроническими заболеваниями в Европе, состоящая из 72 национальных коалиций и ассоциаций, представляющих несколько категорий хронических пациентов на европейском уровне, – опубликовал в 2017 году исследование о том, как пациенты определяют, с их точки зрения, повышенное качество медицинской помощи:

- 1. Чтобы к ним относились как к людям, с сочувствием и уважением, а не только как к диагнозу или номеру в реестре;** чтобы все аспекты

их заболевания рассматривались комплексно: психосоциальные, психические и семейные, а также физические аспекты.

2. Чтобы они достигли лучшего качества жизни; чтобы кроме крепкого здоровья, пациенты оставались настолько активными в обществе, насколько это возможно, даже если у них есть какие-либо хронические заболевания.
3. **Чтобы существовало подлинное сотрудничество между специалистом и пациентом, а именно, чтобы пациента выслушивали и считали равным партнером (и его, и членов его семьи/других людей, которые заботятся о нем, если таковые имеются).**
4. Чтобы пациент имел возможность проходить наилучшие возможные медицинские обследования, при этом под словом «наилучшие» понимается, в основном, соответствие этих обследований последним клиническим рекомендациям и научным знаниям.
5. Чтобы у пациента была возможность установления правильного диагноза и получения надлежащего лечения.
6. Чтобы у пациента был доступ к медицинским услугам в соответствии с их потребностями, а не имеющимися у них средствами.
7. **Чтобы у них было время на общение с врачами и получение достаточной информации, чтобы иметь возможность самим позаботиться о себе.**

Как видно из отчета Европейского форума пациентов, эффективное общение занимает центральное место, напрямую влияя: на терапевтические отношения и степень удовлетворенности как пациентов, так и специалистов, на соблюдение режима лечения и приводит к тому, что пациенты с хроническими заболеваниями проявляют большую заботу о своем здоровье, тем самым улучшая свое состояние.

Другие исследования сводятся к тем же результатам и демонстрируют, что на удовлетворенность пациентов напрямую влияют несколько факторов, которые, в основном, сводятся к навыкам общения специалистов: предоставление пациентам большего количества времени, эффективное слушание, разъяснение диагноза и процесса лечения, дружелюбное поведение специалистов, профессиональные навыки диагностики и лечения, принятие и понимание эмоций пациентов, создание атмосферы спокойствия и доверия, проведение клинического обследования внимательно и заботливо.

Все эти условия фактически создают благоприятную среду для изменений, поскольку пациентам нужна информация и аргументы, которые повлияют на их личную мотивацию для изменения поведения.

Процесс изменения образа жизни очень сильно зависит от ресурсов пациента с хроническими заболеваниями и чрезвычайно важно, чтобы врачи понимали, что каждый пациент подходит к этапам изменения уникальным образом: некоторые пациенты еще не готовы что-либо менять (стадия **предварительных размышлений**), другие задумываются о том, чтобы что-то делать (**размышление**), некоторые пациенты полны решимости внести изменения, они, возможно, не так давно даже предприняли какие-то попытки (стадия **подготовки**), другие находятся в стадии **действий** и уже предприняли шаги по изменению образа жизни и, наконец, есть пациенты, которые прошли стадии изменения и сформировали новые привычки, и теперь они стремятся сохранить то, что уже приобрели (стадия **сохранения изменения**). Существует также риск возврата к старому поведению (**рецидив**).

Важно, чтобы как врачи, так и пациенты не рассматривали возможное возвращение к старому поведению как неудачу, а, скорее, как возможность лучше понять сложность процесса, почувствовать мотивацию и личную убежденность в восстановлении и закреплении результатов изменения. Для того, чтобы пациенты с хроническими заболеваниями могли изменить свое поведение, очень важно, чтобы врачи поддерживали их в течение всего этого процесса, подбадривали их своим позитивным отношением своими разговорами и взаимоотношениями с пациентами, поддерживали их самостоятельность, выражая сочувствие и уважение.

Какие шаги могут предпринять врачи, чтобы удовлетворить эти требования и по-настоящему практиковать эффективное общение? Ответ найти легко, но самое главное – это суметь применить его на практике! Мы приглашаем вас вместе ознакомиться с настоящим Руководством по эффективному общению с пациентом, страдающим хроническими заболеваниями, чтобы узнать, какие инструменты можно использовать для создания терапевтического альянса с пациентом в первичной помощи, страдающим хроническими заболеваниями, для того, чтобы он научился, захотел и принял решение жить здоровой жизнью ради своей истинной пользы.

Некоторые исследования единогласно демонстрируют, что правила надлежащей практики общения между врачом и пациентом имеют следующие цели:

- 1. Установление и укрепление отношений с пациентом.**
- 2. Получение информации от пациента.**
- 3. Предоставление информации.**
- 4. Принятие решений.**
- 5. Предоставление ответа/поддержки относительно эмоций пациента.**
- 6. Содействие изменению поведения для лечения заболевания и предотвращения осложнений путем изменения образа жизни и самопомощи.**

В настоящем Руководстве эти правила надлежащей практики общения между врачом/медработником-пациентом с неинфекционными хроническими заболеваниями, будут рассмотрены в 2 разделах.

Раздел I. Прямое общение в рамках текущей консультации в офисе врача/дома у пациента

В первом разделе мы рассмотрим цели, необходимые для достижения эффективного консультирования в области первичной медицинской помощи, и кратко изложим средства коммуникации, которыми пользуются специалисты. Представленными методами можно работать отдельно либо их можно комбинировать, чтобы достичь эффективного консультирования. Этапы консультации, а также связанные с ними методы, кратко представлены на одной странице.

Раздел II. Общение в рамках обучения пациентов самопомощи на индивидуальных и коллективных сессиях

Во втором разделе рассматриваются некоторые правила надлежащей практики и стратегии по повышению мотивации пациента к изменению образа жизни, а также связанные с ними методы, используемые при индивидуальных взаимодействиях – техника мотивационного или коллективного интервью – коллективные сессии в целях обучения самопомощи пациентов с хроническими заболеваниями.

ТАБЛИЦА 1. РАЗДЕЛ I.

Прямое общение с пациентом в рамках консультации

1. Установление и укрепление взаимоотношений с пациентом	1.1. Установление связи	A. Подготовка интервью
		B. Прием пациента
	1.2. Отношение врача для укрепления взаимоотношений с пациентом	Открытость, уважение, честность, терпение, сочувствие
2. Запрос информации от пациента	2.1. Выявление повода для консультации	A. Открыто задайте общие вопросы и предложите повестку дня для встречи
		B. Открыто задайте специфические вопросы
		C. Дайте пациенту возможность выговориться
		D. Уточните и перефразируйте, чтобы подтвердить все то, что рассказал пациент
		E. Периодически обобщайте услышанное, чтобы проверить, насколько правильно вы поняли слова пациента
		F. Будьте внимательны к вербальному и невербальному языку пациента
		G. Проявляйте сочувствие
	2.2. Понимание проблемы пациента и того, как она влияет на его жизнь	A. Изучите перенесённые заболевания
		B. Изучите семейный анамнез
		C. Спросите о функциональном статусе (функции органов & систем)
		D. Изучите привычки и аспекты семейной, социальной и профессиональной жизни
		E. Проверьте назначенные препараты и наличие аллергии
	2.3. Изучение точки зрения пациента в отношении проблемы здоровья, с которой он столкнулся	A. Спросите пациента его точку зрения в отношении заболевания/состояния здоровья
		B. Изучите опасения пациента
		C. Определите ожидания пациента

3. Предоставление информации	3.1 Структурирование информации (Что?) Проверяет заранее, какую информацию и в каком количестве желает узнать пациент? (С.П.С.)	A. Сегментируйте информацию (О.П.О)
		B. Подготовьте аргументы, учитывая точку зрения пациента
		C. Используйте вспомогательные визуальные средства
		D. Предоставьте дополнительную информацию
	3.2 Способ передачи информации (Как?)	A. Контролируйте свой невербальный язык
		B. Обретите внимание на использование вербального языка
		C. Определите уровень понимания пациентом затронутых тем
		D. Будьте честны, говорите правду
		E. Поддерживайте нейтральные, но теплые отношения
	4. Принятие решений	4.1 Объяснение процесса принятия решений
4.2 Изучение вариантов		B. Список вариантов с преимуществами, недостатками, краткосрочных и долгосрочных
4.3 Поощрение пациента участвовать в принятии решений		C. Преимущества участия в принятии решений
4.4 Достижение консенсуса по предложенному плану		D. Плюсы и минусы для каждого варианта; важен баланс принятия решения
4.5 Обсуждение следующих шагов и возможных непредвиденных результатов		E. Планирование следующих встреч/бесед в зависимости от эволюции

РАЗДЕЛ I.

Прямое общение с пациентом в рамках консультации

1 Установление и укрепление взаимоотношений с пациентом

Когда пациент приходит в офис, чтобы получить ответы и решения своих проблем от членов команды первичной медицинской помощи, очень важно, в первую очередь, чтобы специалисты внимательно и с сочувствием выслушали его, с целью полностью понять масштабы и последствия его заболевания.

Построение взаимоотношений с пациентом начинается с первой встречи – когда инициируются отношения и устанавливается **СВЯЗЬ**. Затем продолжается проявлением **ОТНОШЕНИЙ, СПОСОБСТВУЮЩИХ УКРЕПЛЕНИЮ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТОМ** – долгосрочных отношений, характерных для первичной медико-санитарной помощи.

1.1. УСТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗИ

Несколько медицинских словарей дают следующие определение «связи»:

- взаимоотношение гармонии и согласия, которые формируются между пациентом и медработником;
- сознательное чувство гармоничного согласия, с взаимным доверием, сочувствием и доступностью между двумя или более лицами (например, врачом и пациентом), которые благоприятствуют лечебному процессу;
- чувство взаимности и понимания; гармония, согласие, доверие и уважение, которые лежат в основе отношений между двумя людьми; существенная связь между терапевтом и пациентом.

Почему медработник заинтересован в установлении хороших взаимоотношений с пациентом с хроническими заболеваниями?

Вот несколько причин:

- Профессиональное и личное удовлетворение от хорошего общения.
- Отношение с терпеливым, открытым и мотивированным пациентом, способным взять на себя ответственность за изменение своего образа жизни, становясь настоящим долгосрочным партнером, а не пассивным получателем информации и лечения!

- Выполнение показателей – именно по той причине, что взаимоотношения являются долгосрочными, пациент станет более открытым для того, чтобы научиться как заботиться о самом себе, он с большей готовностью и уважением примет терапевтическое поведение и мониторинг своего здоровья, и не будет при этом перегружать врача, если он доверяет, если он чувствует, что его понимают, принимают и уважают!

Установление связи происходит в первые 90 секунд, когда вы знакомитесь с кем-то! «Первое впечатление» очень важно для установления будущих взаимоотношений с этим человеком! Для обеих сторон, присутствующих на консультации: как для врача/медработника, так и для пациента важны: способ представления, выражение лица, зрительный контакт, улыбка, жесты, положение тела, одежда. Эта информация, полученная от человека, говорит многое о его готовности вступить в общение и будущее сотрудничество!

Как медработник может способствовать установлению надлежащей связи с пациентом с хроническими заболеваниями?

На первой встрече семейного врача с пациентом

А. Подготовка интервью:

- **в идеале, консультация должна проводиться в полуоткрытой позиции – иными словами, врач и пациент в кабинете должны располагаться в виде буквы «L» или напротив друг друга, а для пациента должно быть подготовлено удобное кресло;**
- врач изучает медицинскую карточку/документацию до прибытия пациента, и было бы идеально, если он запомнит имя пациента;
- врач уважает право пациента на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, и обеспечивает отсутствие в кабинете других лиц.

В. Прием пациента:

- как только открывается дверь: врач устанавливает с пациентом **зрительный контакт, используя мимику и жесты, чтобы пригласить его в кабинет;**
- **в идеале, врач встает, приветствует пациента, пожимает ему руку и представляет себя, называет пациента по имени/пациент называет свое имя;**

- **он приглашает пациента занять свое место в удобном кресле;** после того, как пациент присаживается, врач должен убедиться, что между ним и пациентом нет никаких физических коммуникационных барьеров;
- **обозначает роль и характер этой первой встречи.**



Если зафиксировать время первого контакта (не всей консультации), то выяснится, что он длится не более 2-х минут, однако какой поразительный эффект могут произвести эти 2 минуты в будущем, если специалист проявит к пациенту свое внимание, уважение и сочувствие! И какие дисфункциональные взаимоотношения можно создать, если в течение этих 2-х минут врач не проявит свое расположение к общению! Исследования показали, что в течение столь короткого времени, которое пациент проводит в кабинете врача, в зависимости от царящей в нем атмосферы, и присутствия ощущения комфорта, он принимает решение либо поделиться с врачом всеми проблемами с которыми столкнулся, либо нет!

На 2-ой или последующих консультациях с пациентом, семейный врач выполняет те же действия, разница состоит только в том, что врач и пациент знают друг друга и уже установили отношения!

1.2. ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТОМ

На протяжении всей консультации, отношение врача и медработника к пациенту может способствовать укреплению взаимоотношений. Такое отношение предполагает в основном следующее:

- Быть открытым и честным.
- Уважать мнения пациента, его самостоятельность и неприкосновенность частной жизни.
- Терпеливо выслушивать его, принимая ритм пациента, даже если он медленнее общепринятого.
- Проявлять сочувствие и готовность поддержать пациента.

2 Запрос информации от пациента

То, как врач проводит собеседование, очень важно для хороших взаимоотношений с пациентом. Практически врач осуществляет подход к пациенту с нескольких точек зрения:

Биомедицинская точка зрения (заболевание): последовательность событий, анализ симптомов, оценка соответствующих систем, история болезни, лекарства и аллергии. В течение долгого времени, классическая медицинская школа сосредоточилась, главным образом, на **биомедицинской перспективе**, считая ее очень важной для установления диагноза и составления плана управления лечением.

Точка зрения пациента: идеи и убеждения, опасения, ожидания пациента, влияние заболевания на жизнь, чувства/эмоции, связанные с данным заболеванием. Если мы хотим, чтобы пациент сделал выбор в пользу здорового образа жизни, то очень важно, чтобы врач изучил **точку зрения пациента**, которая является обязательной для того, чтобы пациент мог быть уверен в своей способности изменить что-то к лучшему, к примеру, свои привычки, свой образ жизни, и стал в большей степени осознавать ответственность, которую он несет в этом отношении.

Интеграция двух точек зрения представляет собой целостную модель (**биопсихосоциальная перспектива**), которая учитывает психологиче-

ские аспекты и влияние всех факторов, взаимодействующих с человеком: внешние и внутренние факторы среды, биологические факторы, социальные факторы (микросоциальная и макросоциальная среда), культурные факторы и др.

Важно, чтобы подход во время консультирования был в первую очередь ориентирован на человека, то есть на пациента и его потребности! Поэтому, информация, которую можно получить от пациента, направлена на:

- **ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВОДА ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ**
- **ПОНИМАНИЕ ТОГО, КАК ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЛИЯЕТ НА ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТА**
- **ИЗУЧЕНИЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ОТНОШЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОПАСЕНИЙ, ЭМОЦИИ, ОЖИДАНИЙ)**

2.1. ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВОДА ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ

- А. Открыто задайте общие вопросы и предложите повестку дня для встречи.** Если речь идет о первой консультации, то врач задает пациенту первые вопросы (например, «Вы живете/работаете здесь, в населенном пункте?» и т.д.), не входя с самого начала непосредственно в суть медицинской проблемы. Врач начинает интервью, избегая физических барьеров; он с самого начала составляет план встречи. Предлагает пациенту темы для обсуждения и получает его согласие. «Я вас внимательно слушаю, а затем мы посмотрим, что нам делать, обсудим и решим все вместе».
- В. Задайте открытые специфические вопросы.** Далее следует открытый вопрос, который побуждает пациента рассказать о своей проблеме (например, «Г-н... /Г-жа ..., расскажите, пожалуйста, какая у вас есть проблема на данный момент?») Если врач и пациент уже знакомы друг с другом, врач может спросить: «Что вас беспокоит сегодня? Что беспокоит вас больше всего?» или «Есть ли что-то конкретное, что вы бы хотели обсудить, помимо обычной консультации?».
- С. Дайте пациенту возможность выговориться.** В течение первых нескольких минут врач позволяет пациенту выговориться, не прерывая его – исследование показывает, что в среднем врач ждет всего лишь 18 секунд, прежде чем прервать пациента!!! *Греческий философ Эпиктет од-*

нажды сказал: «Природа наделила нас двумя ушами, но лишь одним языком, дабы мы слушали в два раза больше, чем говорили». Важно, чтобы врач следил за ритмом пациента, позволял ему высказаться, не торопил его, особенно если пациент старше, по крайней мере, в течение первых 4-5 минут.

- D. Уточните и перефразируйте, чтобы подтвердить все то, что рассказал пациент.** Врач периодически задает уточняющие вопросы, чтобы руководить беседой и определить, все ли он понимает: «Скажите, пожалуйста, что именно ...?/Как?» или перефразирует: то есть пересказывает пациенту то, что услышал от него, чтобы прояснить мысль или перефразирует, передает мысль, используя слова самого пациента: «Я так понимаю, что больше всего вас сейчас беспокоит это ...».

Данные вопросы позволяют врачу изучить основные проблемы (признаки и симптомы со стороны органов и систем), с которыми сталкивается пациент на фоне своего хронического заболевания или некоторых сопутствующих заболеваний.

- E. Периодически обобщайте услышанное, чтобы определить, насколько правильно вы поняли слова пациента:** это дает возможность пациенту исправить что-либо в рассказе или предоставить другую информацию.

- F. Будьте внимательны к вербальному и невербальному языку пациента, а также к своему.** Врач внимательно слушает и следит за вербальными и невербальными сигналами пациента; в то же время врач внимательно следит за тем, что он сам пытается выразить посредством невербального общения: мимика, зрительный контакт, жесты: открытая поза, кивки головы, легкое касание плеча или предплечья пациента для поддержки. Очень важно, чтобы специалист не смотрел в компьютер и телефон; если он что-то записывает в медицинской карточке, он может сделать это незаметно, сохраняя как можно больше зрительного контакта с пациентом.

- G. Проявляйте сочувствие.** Сочувствие необходимо проявлять на протяжении всей консультации, а особенно в самом начале, внимательно и с сочувствием выслушивая пациента в изложении своих проблем: «Думаю, что вам трудно ...»; «Мне очень жаль, что вам приходится проходить через это ...»; «Вместе мы найдем решение этой проблемы».

2.2. ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА И ТОГО, КАК ОНА ВЛИЯЕТ НА ЕГО ЖИЗНЬ (относительно его роли в семейной, социальной и профессиональной жизни и т.д.)

- A. **Изучите анамнез болезни.** После того, как врач получает ответ на вопрос, с какой целью пациент к нему обратился, очень важно, чтобы он узнал больше об анамнезе болезни пациента: «Какие еще состояния у вас были? Какие вмешательства ... и т.д.».
- B. **Изучите семейный анамнез.** Важно, чтобы в рамках изучения анамнеза, врач провел сбор его наследственного анамнеза, изучая аспекты, связанные с семьей пациента. «С какими основными проблемами здоровья столкнулись ваши близкие родственники: родители, бабушки и дедушки, братья, сестры и т.д.?». К примеру, пациент может сказать: «Я бы никогда не хотел бы довести себя до такого состояния, чтобы мне отрезали ногу, как это сделали моему дедушке». Также важна информация о спутнике жизни или других родственниках, которые могут принять участие в уходе за пациентом или которые могут оказать ему поддержку в случае необходимости.
- C. **Изучите функциональный статус.** У пациента с хроническим заболеванием, например: сахарным диабетом, хронической ишемической болезнью сердца и/или артериальной гипертензией, могут быть некоторые осложнения, которые меняют качество его жизни: , приводя к поражению органов чувств, дыхания, пищеварения, экскреции, нарушению сексуальной функции, сна, ходьбы, ходьбы вверх/вниз по лестнице, затруднению выполнения домашних дел и походов по магазинам, потере самостоятельности в целом и т.д. Все эти нюансы позволяют специалисту лучше ориентироваться при постановке диагноза и, зачастую, при расстановке приоритетов в разработке плана ухода и лечения.
- D. **Изучайте привычки и аспекты семейной, социальной и профессиональной жизни.** Специалист спрашивает пациента о его основных привычках (в еде, употреблении алкоголя, табака и других веществ), о среде и условиях, в которых он проживает, о проблемах, с которыми он сталкивается дома и на работе, о повседневной деятельности, а также о том, сколько усилий он прилагает, чтобы ее осуществлять и пр.
- E. **Проверьте получаемое лечение и наличие аллергии.** Важно, чтобы врач знал, какое лечение пациент получал и до сих пор получает, а также есть ли какие-либо лекарства или вещества, на которые у него аллергия.

2.3. ИЗУЧЕНИЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ОТНОШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ, С КОТОРОЙ ОН СТАЛКИВАЕТСЯ (каковы его опасения, эмоции и ожидания)

- A. Спросите пациента его точку зрения в отношении заболевания/состояния здоровья.** Для многих специалистов данный вопрос может показаться бесполезным, но если задуматься о том, как важно узнать о восприятии пациентом заболевания – что чрезвычайно необходимо для изменения его образа жизни и для самопомощи – тогда данный вопрос заслуживает того, чтобы его задать! «Как вы думаете, что послужило причиной появления у вас этого состояния?» Зачастую, ответ на этот вопрос можно получить также исходя из данных полученных при качественном сборе анамнеза, поскольку он может раскрыть информацию, которой в других случаях пациент не счел бы необходимым поделиться. Например: «Вы рассказали мне, что на прошлой неделе приступы боли в груди и горле повторялись довольно часто (стенокардия, которая была у вас и в прошлом). Как вы думаете, что вызвало приступы сейчас?». Пациент мог быть ответить, к примеру, следующим образом: «Ну, как бы это естественно, что сердце у меня болят, ведь уже несколько дней мне трудно глотать таблетки, которые принимаю, поэтому, без лечения, боль снова появилась!». Данный ответ позволяет по-новому взглянуть на состояние пациента, который не подумал бы упомянуть эту деталь, если бы его не спросили! А врач по-прежнему искал бы причину в сердечно-сосудистой системе, даже не задумываясь о том, что нужно тщательнее обследовать пищеварительный тракт, функцию глотания и т.д., – именно там, где, по-видимому, и есть проблема...
- B. Изучите опасения пациента.** Врач может просто спросить пациента: «Что вас больше всего беспокоит во всей этой истории?» Воспользовавшись такой возможностью, пациент может поделиться некоторыми своими страхами, которыми при других обстоятельствах он бы не осмелился поделиться – из-за смущения или отсутствия уверенности; в то же время это дает врачу возможность уточнить некоторые аспекты или подбодрить пациента. «Когда у меня приступ стенокардии, я боюсь, что умру» или «Я боялась, что мне не посчастливится увидеть, как мои внуки пойдут в школу» или «Я боюсь, что я ослепну, потому что я у меня уже есть проблемы со зрением, и я слышал, что от сахарного диабета можно ослепнуть». Или: «Я обеспокоен тем, что сахарный диабет влияет на сексуальную функцию». Такие заявления пациента могут дать специалисту возможность привести пациенту доводы в пользу изменения образа жизни.

«Вы знаете, что течение заболевания во многом зависит от того, как вы едите и как принимаете лечение ...» (и тут можно продолжить объяснения). Также специалист может спросить: «Есть ли что-то еще, что вас беспокоит?», чтобы более подробно изучить опасения пациента, которые очень часто могут блокировать процесс лечения или изменения своих привычек.

- C. **Определите ожидания пациента.** Пациент с хроническим заболеванием может быть разочарован, если увидит, что у него нет результатов, которых он ожидал. Врач может спросить: «Как вы думаете, как я мог бы (лучше) вам помочь?» Ответ пациента опять же может дать специалисту возможность привести пациенту аргументы в пользу изменения образа жизни – изменения, которые врач может поддержать и поощрить, предоставив полезную информацию, новые рекомендации и т.д.

3 Предоставление информации

На данном этапе консультации, врач объясняет пациенту значение симптомов, основные элементы диагностики, возможности эволюции заболевания и варианты лечения. С этой точки зрения, есть два существенных компонента данного этапа:

- СТРУКТУРИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ
- СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

3.1. СТРУКТУРИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Прежде чем передавать информацию, важно, чтобы врач проверил: **то, что пациент уже знает**. Если пациенту поставлен диагноз, и он присутствовал на нескольких консультациях, он уже получил информацию о своем заболевании. Важно, чтобы врач определил, что пациент уже знает и что он думает, тем более что пациент может черпать информацию из нескольких источников, особенно из Интернета. Поскольку, в настоящее время существует много источников информации, при этом не обязательно правильной, с которыми пациент может проконсультироваться, врач может прояснить любые недопонимания и мифы о его заболевании, которые могут повлиять на соблюдение режима лечения или готовность к изменениям. Врач может даже порекомендовать пациенту прочитать о своем заболевании, но используя

проверенные источники (например, «совет врача» или другие надежные источники, проверенные врачом). Врач может это сделать в соответствии с моделью: **С.П.С. (Спроси – Предоставь– Спроси)**. Поэтому врач может задать такие вопросы, как: «Что вы знаете о сахарном диабете?» или «Что вы знаете о стенокардии?». Интересно выяснить, что думает пациент, поскольку зачастую проявление симптомов хронического заболевания может рассматриваться пациентом как отдельное заболевание (например, артериопатии или невропатии, возникающие при сахарном диабете, поражают почки, сердце, сетчатку глаза, ноги и т.д.), ожидая, при этом от врача, назначения лечения заболеваний.

То, что пациент хочет знать. С одним и тем же диагнозом, не все пациенты хотят получить информацию о своем заболевании в одинаковом объеме: некоторые хотят знать очень мало, а другие хотели бы знать все подробности, которыми с ними может поделиться врач! Важно, чтобы врач определил, сколько информации пациент хочет получить, и особенно то, насколько он способен все понять. Врач может задать пациенту вопросы, например: «Что бы вы хотели узнать о вашем заболевании?» или, объяснив пациенту основные аспекты, спросить: «Какие у вас есть вопросы?». В зависимости от вопросов, врач может определить, понял ли пациент/есть ли у него какие-то сомнения или он смущен, и в этом случае он может объяснить пациенту основную информацию. *Для того, чтобы врач мог предоставить пациенту точную информацию с точки зрения объема и качества, важно придерживаться некоторых принципов, которые надлежащим образом систематизированы в Калгари-кембриджское руководство. (Библиографический источник № 13, 14 раздел I).*

Очень важно, чтобы специалист предоставлял информацию с учетом следующего:

А. **Дробите информацию** на более мелкие фрагменты, которые более доступны пациентам для понимания и между которыми существует логическая последовательность, используя при этом классификации и показатели, в зависимости от обстоятельств. Мы можем бы назвать эту модель **О.П.О. (Объясни-Проверь-Объясни)**: «Есть 3 аспекта, которые я вам предлагаю обсудить: Первый ... У вас есть вопросы? Теперь давайте перейдем ко второму ...». Можно использовать короткие фразы, например: «Анализ показывает, что уровень сахара в крови повысился. В прошлый раз мы обсуждали осложнения сахарного диабета. Вы помните, как сахарный диабет может повлиять на вашу жизнь? (...) Вы сказали мне, что вы приняли лекарства, но не особо соблюдали диету. Вы знаете, что все, что вы едите, попадает в кровь, особенно сладкое. Лекарства не могут пре-

дотвратить попадание сахара изо рта в кровь. А вы можете. Я объясню вам, что вы можете сделать, чтобы снизить уровень сахара в крови». После каждой предоставленной информации врач может спросить: «Вам что-то непонятно? Хотите, чтобы я объяснил вам еще раз?» и, в зависимости от ответа пациента, повторяет информацию или идет дальше.

- B. **Подготовьте аргументы, учитывая точку зрения пациента** – информацию, которую пациент уже знает; углубляйте или расширяйте объем информации настолько, насколько хочет пациент; адаптируйте объяснения к его точке зрения, принимая во внимание его идеи, опасения и ожидания. Например, врач может вставить в свои объяснения вопросы: «Что касается данной проблемы, осложнений стенокардии, о которых мы говорили, из-за чего именно вы волнуетесь/что именно вас беспокоит больше всего?». Таким образом, врач стимулирует пациента задавать вопросы и просить разъяснений.
- C. **Используйте вспомогательные визуальные средства** для обобщения информации: диаграммы, графики, рисунки, которые имеют отношение к данному объяснению. Врач может предоставить пациенту для чтения дома письменные инструкции, листовки, брошюры, руководства пациенту.
- D. **Предоставьте дополнительную информацию**, которая полезна для пациента в процессе принятия решения об изменении своего образа жизни и взятии на себя ответственности как за улучшение текущего состояния здоровья, так и за и предотвращение осложнений (например, этиология заболевания, факторы риска, аспекты образа жизни, которые могут положительно влиять на прогноз и т.д.).

3.2. СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

Есть некоторые принципы, которые врач также должен учитывать, когда предоставляет пациенту информацию.

- A. **Контролируйте свой невербальный язык.** Специалист должен быть терпеливым при передаче информации пациенту в, как можно, более простой форме, в определенном ритме, делая при этом паузы, чтобы пациент мог усвоить всю информацию; в этом смысле, полезно отслеживать вербальные и невербальные реакции пациента на протяжении всего объяснения. Если пациент использует определенную мимику, если его выражение лица имеет признаки беспокойства и т.д., врач может прекратить объяснение и задать вопросы, чтобы помочь пациенту лучше понять всю информацию. В то же время, когда дело доходит до важной информации, было бы уместно обозначить ее, выделив слова определенным тоном,

определенной мимикой и зрительным контактом. Выбор тона речи крайне важен. На протяжении всего изложения информации, следует избегать использования профессионального врачебного жаргона, иначе пациент может почувствовать, что на него смотрят как-то свысока, «сверху вниз», с «экспертного» уровня. Взамен приветствуется эмпатическое отношение, за которым проглядывается понимание и тепло, как в голосе, так и в выражении лица или жестах.

- В. Обратите внимание на использование вербального языка:** следует избегать медицинского жаргона, слишком специализированных терминов, которых пациент не знает. Однако, если пациент использует такие термины, предпочтительно, чтобы врач удостоверился в том, что пациент полностью их понимает. Следует избегать выражений «диабетик/больной диабетом» – их можно заменить на «человек с сахарным диабетом»; или «сердечник» заменить на «человек с заболеванием сердца». Следует избегать оценочных слов: «хороший уровень сахара в крови» – их можно заменить на «уровень сахара в крови снизился», а «плохой уровень сахара в крови» заменить на: «уровень сахара в крови повысился». Не нужно навешивать ярлыки на пациента: «несознательный», «слабохарактерный», «трудный», а следует заменить их на «не соблюдал предписанное лечение/диету». Устные фразы могут быть еще более убедительными, если их повторять, не обязательно в той же форме, ну и конечно же, проверять.
- С. Определите уровень понимания пациентом** затронутых тем, прося последнего объяснить все своими словами, что для многих врачей может показаться пустой тратой времени. Мы обычно приятно удивлены, когда пациент воспроизводит информацию, поскольку только тогда мы понимаем, что у каждого человека разные взгляды и точки зрения – а тем более у пациента, – и он понимает информацию по-своему. «Я хотел бы убедиться, что я объяснил достаточно ясно. Если бы вы хотели объяснить своему супругу/супруге, как избежать повышения уровня сахара в крови, что бы вы ему/ей сказали?».
- Д. Будьте честны, говорите правду** о ситуации пациента, простыми словами, разумеется, принимая во внимание то, насколько подробно нужно объяснить пациенту, чтобы он все понял, и в то же время обнадеживая его, учитывая, что каждый человек уникален и имеет свои ресурсы, даже если статистика вызывает беспокойство при ситуациях, подобных той, которая происходит с пациентом.
- Е. Поддерживайте нейтральные, но теплые отношения**, не давая преждевременных советов или заверений пациенту.

4 Принятие решений

Партнерство между врачом и пациентом в основном подразумевает обмен информацией и идеями, выработку общих решений и достижение согласия по поводу поведения, которого необходимо придерживаться.

Что говорят исследования о принятии совместного решения врачом и пациентом?

Прежде всего, чтобы пациент мог участвовать в принятии решений по вопросам управления своим заболеванием, с целью улучшить состояние своего здоровья, необходимо, чтобы:

- Врач и пациент хотели участвовать в этом процессе обмена информацией, взаимопонимания и утверждения плана действий.
- У врача были коммуникативные навыки, готовность сотрудничать с пациентом и доверие, чтобы предоставить пациенту абсолютную возможность управлять своим заболеванием. Было установлено, что многие врачи путают процесс принятия решений совместно с пациентом с процессом надлежащего информирования пациента; это не то же самое, если в конечном итоге решение принимает все равно врач!
- Пациент был уверен в том, что он может высказать свои варианты, как только он будет должным образом проинформирован, даже если врач является экспертом.

Было установлено, что совместное принятие решений происходит чаще, когда не существует единственного «правильного» решения, когда научно обоснованные исследования отсутствуют или противоречивы, либо когда наилучшим решением является изменение образа жизни пациента, учитывая его ценности и цели, его существующие или потенциальные способности. В этом случае, врач может побудить пациента взять на себя больше ответственности за собственное выздоровление. Врач может побудить пациента сформировать убежденность в том, что его ситуация может улучшиться, развить чувство уверенности в себе и в свои собственные силы, направленные на изменения, которые могут принести большую пользу и благоприятный прогноз заболевания.

Существуют также ситуации, когда доля общих медицинских решений очень мала: в чрезвычайных ситуациях, когда врач предпочитает определенный подход или придерживается протокола, предусматривающего один вариант лечения, или в ситуациях, когда медицинское оборудование или ресурсы

ограничены и не позволяют прибегать к вариантам клинического/параклинического или терапевтического подхода.

Несмотря на то, что совместное медицинское решение требует определенных ресурсов, таких как: увеличение времени консультации, и особенно доступности, а также изменение отношения врача, эта рекомендация особенно актуальна в ситуации пациентов с хроническими заболеваниями, где, как правило, существует несколько вариантов лечения. Для достижения долгосрочных результатов очень важно, чтобы принимаемые решения учитывали ценности и предпочтения пациента, иначе он не примет вариант лечения в долгосрочной перспективе, предложенный или рекомендованный врачом. Если пациент убежден в эффективности какого-либо варианта лечения, он будет следовать ему естественным образом, а результаты не заставят себя ждать!

Этапы процесса принятия совместных решений включают в себя:

4.1. ОБЪЯСНЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Врач должен прояснить, что означает принятие совместного решения: решение, которое соответствует как возможным рекомендациям, предложенным врачом, так и ценностям и предпочтениям пациента.

4.2. ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАНТОВ

Очень важно, чтобы врач вместе с пациентом составили список всех возможных вариантов, с преимуществами и недостатками каждого из них: показания, противопоказания, побочные реакции, прогноз и возможные события, в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Врач может поделиться с пациентом идеями и размышлениями, в том числе своими вопросами относительно этих вариантов, подчеркивая, что и пациенту необходимо делать это со своей точки зрения.

4.3. ПООЩРЕНИЕ ПАЦИЕНТА УЧАСТВОВАТЬ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ

Несмотря на то, что пациент может считать, что врач является экспертом – единственным, кто может принять решение в его ситуации, врач должен

объяснить пациенту, что именно ему придется жить с принятым решением, поэтому очень важно, чтобы это решение учитывало и его варианты, поскольку важны оба мнения/точки зрения: ни врач не знает, какое решение окажется наилучшим, если он не будет рассматривать ситуацию с точки зрения пациента, ни пациент не сможет самостоятельно оценить свое поведение, если ему не помогут взглянуть на ситуацию с профессиональной точки зрения врача. Вот почему врач должен помочь пациенту раскрыть преимущества его собственного участия в данном процессе.

4.4. ДОСТИЖЕНИЕ КОНСЕНСУСА ПО ПРЕДЛОЖЕННОМУ ПЛАНУ

После обсуждения плюсов и минусов каждого варианта, врач и пациент согласовывают окончательное решение. Несомненно, процесс согласования является спорным – врач зачастую может воспользоваться своим авторитетом перед пациентом, чтобы обусловить конечный результат, или смутить пациента, чтобы помешать ему, собственно, изложить свои варианты! Вот почему, врач должен проявить честность, готовность и доверие, поскольку только так он сможет побудить пациента взять на себя ответственность за собственное здоровье. На этом этапе врач помогает пациенту определить и составить список ресурсов и поддержки, которые он может получить; в то же время врач проверяет, если варианты, ожидания и опасения пациента нашли отклик в перспективном плане управления, который был согласован.

4.5. ОБСУЖДЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ШАГОВ И ВОЗМОЖНЫХ НЕПРЕДВИДЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Врач делится с пациентом временной перспективой, по мере того, как последний примеряет этот план: что будет дальше, чего ему ожидать, как действовать в случае непредвиденных результатов; важно установить график последующих встреч/консультаций.

Принципы эффективного общения в рамках консультирования

В заключение следует отметить, что, экстраполируя принципы стратегии Всемирной Организации Здравоохранения по эффективной коммуникации, можно обнаружить, что даже в случае консультирования, эффективное общение с пациентом подразумевает выполнение следующих условий:

ПРИНЦИПЫ	МЕТОДЫ (специалист)	РЕЗУЛЬТАТЫ (пациент)
Быть доступной	Команда врачей использует все доступные вербальные, невербальные, аудио, видео каналы, письменные материалы (схемы, рисунки, плакаты и т.д.).	Информация получена быстро и правильно, на уровне понимания каждого.
Быть понятной	Информация передается «на языке» пациента, и команда врачей периодически проверяет понимание им всей информации.	Полученная и понятая информация может привести к принятию и изменению.
Быть полезной	Разработка и передача простой и понятной информации для повышения осведомленности пациентов, чуткое и поддерживающее отношение.	Преодоление барьеров и принятие решений об изменениях.
Быть достоверной и надежной	Передача достоверной информации, основанной на фактах, должна быть постоянно сопряжена с эмпатическим отношением врача.	Уверенность пациента возрастает, поскольку врач проявляет эмпатию, а согласованность информации проверяется с течением времени.
Быть актуальной	Оценка степени понимания и специфики каждого пациента, предоставление информации с учетом потребностей.	Информация применяется для удовлетворения потребностей в сфере здоровья.
Быть своевременной	Проверяется наличие и необходимость в получении информации, которая предоставляется тогда, когда пациент нуждается в ней, в нужном ему темпе.	Пациент успевает получить, понять, усвоить информацию и действовать соответственно.

РАЗДЕЛ II

Общение в рамках обучения пациентов самопомощи на индивидуальных и коллективных сессиях

Обучение пациентов с хроническими заболеваниями в основном осуществляется специалистами первичной медицинской помощи. Когда взаимоотношения, установленные между семейным врачом/медицинской сестрой и пациентом/его семьей, основаны на доверии, сопереживании, уважении, пациент более охотно берет на себя ответственность за собственное здоровье и делает важные шаги, чтобы улучшить состояние своего здоровья. Роль специалистов состоит в том, чтобы помочь пациентам решиться и захотеть восстановить свою самостоятельность в принятии решения и внесении необходимых изменений в свой образ жизни. Это означает, что врачи и медработники должны придавать пациентам уверенность в том, что сами пациенты способны заботиться о себе, но врачи должны по-настоящему считать их партнерами в сложном процессе управления своим здоровьем.

Блез Паскаль, французский математик и философ, однажды сказал: «Доводы, до которых человек додумывается сам, обычно убеждают его больше, нежели те, которые пришли в голову другим».

Мы задаем очевидный вопрос, готовы ли пациенты сделать выбор в пользу изменения своего образа жизни и нести ответственность за собственное здоровье. Но возникает другой, не менее важный вопрос: готовы ли медработники содействовать этим изменениям?

Вероятно, многие специалисты жалуются: «Я постоянно повторяю ему, что нужно делать, но все безрезультатно, он делает все, что знает» или: «Мой пациент и слышать не хочет ни о каких изменениях, хотя я привел ему множество примеров и аргументов, основанных на доказательствах».

Фактически, специалисты продолжают прокладывать дорогу, в конце которой каждый раз они будут упираться в запертые на множество замков ворота, которые называются сопротивлением изменению. Однако врачи и медработники могут изменить метод: они могут научиться побуждать пациентов прокладывать дорогу и самостоятельно открывать дверь! Если бы каждый человек знал, что за этой запертой дверью находятся невиданные богатства, которые могут подарить ему здоровую и наполненную радостью

жизнь, он бы начал искать все ключи в этом мире, чтобы прийти к этому сокровищу изнутри!

II.1. Обучение пациента в рамках индивидуальных сессий – мотивационное интервью

Несмотря на то, что такую сессию можно приравнять к любой другой консультации, все-таки лучше планировать индивидуальную обучающую сессию отдельно, именно для того, чтобы врач мог сосредоточиться на пробуждении у пациента мотивации к изменению образа жизни и самопомощи. Используемые на данной сессии методы не сильно отличаются от тех, что используются в рамках обычных консультаций; тем не менее, во время обучающей сессии медработник играет скорее роль помощника, нежели роль эксперта. В настоящем Руководстве, **мотивационное интервью** будет представлено как способ обучения пациента в рамках запланированной индивидуальной встречи.

II.2. Обучение пациента в рамках коллективных (групповых) сессий

Структурирование группового обучения пациентов с хроническими заболеваниями может стать эффективным инструментом: для предоставления информации о здоровом образе жизни в отношении диеты, физической активности, управления эмоциями, приема лекарств, вспомогательной терапии и т.д.

Некоторые исследования показали, что при сахарном диабете 2 типа, к примеру, если программы группового обучения проводит медработник, специализирующийся в области сахарного диабета и/или специалист по питанию, то уровень способности к самопомощи пациентов повышается за счет изменения образа жизни и лучшего соблюдения режима лечения.

II.1. Мотивационное интервью

Специалисты могут общаться с пациентом в рамках индивидуальных сессий, воспользовавшись методом мотивационного интервью, направленного на устранение амбивалентности пациента в отношении изменений. Мотивационное интервью – это фактически разговор с пациентом, который повышает мотивацию пациента и помогает ему осуществить первые шаги к изме-

нению. Данный метод приводит к желаемым результатам, поскольку он способствует:

- A. Сотрудничеству с пациентом.
- B. Стимуляции потенциала, которым обладает пациент (мотивация и ресурсы для изменения).
- C. Признанию самостоятельности пациента (его способности принимать решения). Метод мотивационного интервью помогает поддерживать пациента в изменении взгляда на свой образ жизни. Некоторые исследования показывают, что мотивационное интервью может быть успешно использовано в первичной помощи для пациентов с хроническими заболеваниями, главным образом, для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, для которых изменение образа жизни чрезвычайно важно. Чем тяжелее заболевание/осложнение, тем больше повышается уровень мотивации у пациента после участия в мотивационном интервью.

Если пациент не готов менять свой образ жизни, специалист может рассказать ему только о преимуществах, которые пациент может получить, если все-таки решит начать менять свой образ жизни. Чтобы врач мог поделиться этой информацией с клиентом, ему необходимо сначала установить соответствующие отношения с последним.

Принципы, лежащие в основе мотивационного интервью, подразумевают:

- 1. Избегание споров.** Специалист четко дает понять пациенту, что решение об изменении его образа жизни принадлежит именно пациенту – единственному, кто может держать это под контролем.
- 2. Выражение сочувствия.** Специалист показывает пациенту, что его понимают и принимают, даже если пациент продолжает демонстрировать то поведение, которое нуждается в изменении.
- 3. Расхождение между поведением пациента и его ценностями.** Специалист помогает, путем размышлений и вопросов, вытащить на поверхность это расхождение, осознание которого чрезвычайно важно для пациента.
- 4. Принятие сопротивления.** Специалист сопереживает пациенту в его заявлениях и в его отказе менять свой образ жизни, и посредством размышлений, демонстрирует уважение к такому отношению пациента.
- 5. Поддерживает успешность пациента.** Специалист проявляет оптимизм в отношении способности пациента вносить изменения.

Нам будет намного проще разобраться в методе мотивационного интервью, следуя следующей схеме подраздела:

ТАБЛИЦА 2. РАЗДЕЛ II.1.

Обучение пациента в рамках индивидуальных сессий – Мотивационное интервью

1. Важные элементы для проведения мотивационного интервью.	1.1. Транстеоретическая модель изменения поведения.	А. Отсутствие заинтересованности В. Размышление С. Подготовка D. Действие Е. Поддержание F. Завершение и предотвращение рецидивов	
	1.2. Признаки, указывающие на необходимость изменения поведения.	А. Амбивалентность В. Уровень мотивации, выражаемый пациентом	Противостояние между чашами весов Желание Способность Мотивы Необходимость Обязательство Принятие мер
2. Инструменты мотивационного интервью.	2.1. 3 стиля общения	А. Сопереживание	Активное слушание
		В. Руководство	Выражение авторитета
		С. Сотрудничество	Предложение альтернатив
	2.2. 3 навыка общения	А. Спрашивать (Задавать открытые вопросы)	Просить разрешения
			Изучать уровень мотивации
			Измерять доступность
			Измерять уровень уверенности
			Аргументы за и против
			Ключевые вопросы
		Гипотетические вопросы	
В. Слушать	Вербальные/невербальные сигналы		
	Перефразирование		
С. Информировать	Подведение итогов, резюмирование		
	а) в соответствующем ритме, с паузами		
	б) на доступном пациенту языке		
	с) с точки зрения пациента		
	д) используя позитивный тон речи и положительный посыл		
	е) прося разрешения		
	ф) предлагая варианты		
	g) информация небольшими порциями О.П.О.		
	h) обмен информацией С.П.С.		
i) избегая обвинений/порицаний			

3. Стратегия мотивационного интервью (как можно пробудить/активировать мотивацию к изменению поведения).	3.1. Пациент с сахарным диабетом 2 типа и ожирением. (Пример)	Цель: мотивация – изменение диеты и потеря веса.	Специалист облегчает прохождение этапов не заинтересованности, размышлений, подготовки, действий, поддержания, предотвращения рецидивов, завершения.
	3.2. Пациент с хронической ишемической болезнью сердца, курильщик, работает в условиях интеллектуального стресса. (Пример)	Цель: мотивация – бросить курить и снять стресс.	

1

Важные элементы для проведения мотивационного интервью

- ТРАНСТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ
- ЗНАКИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

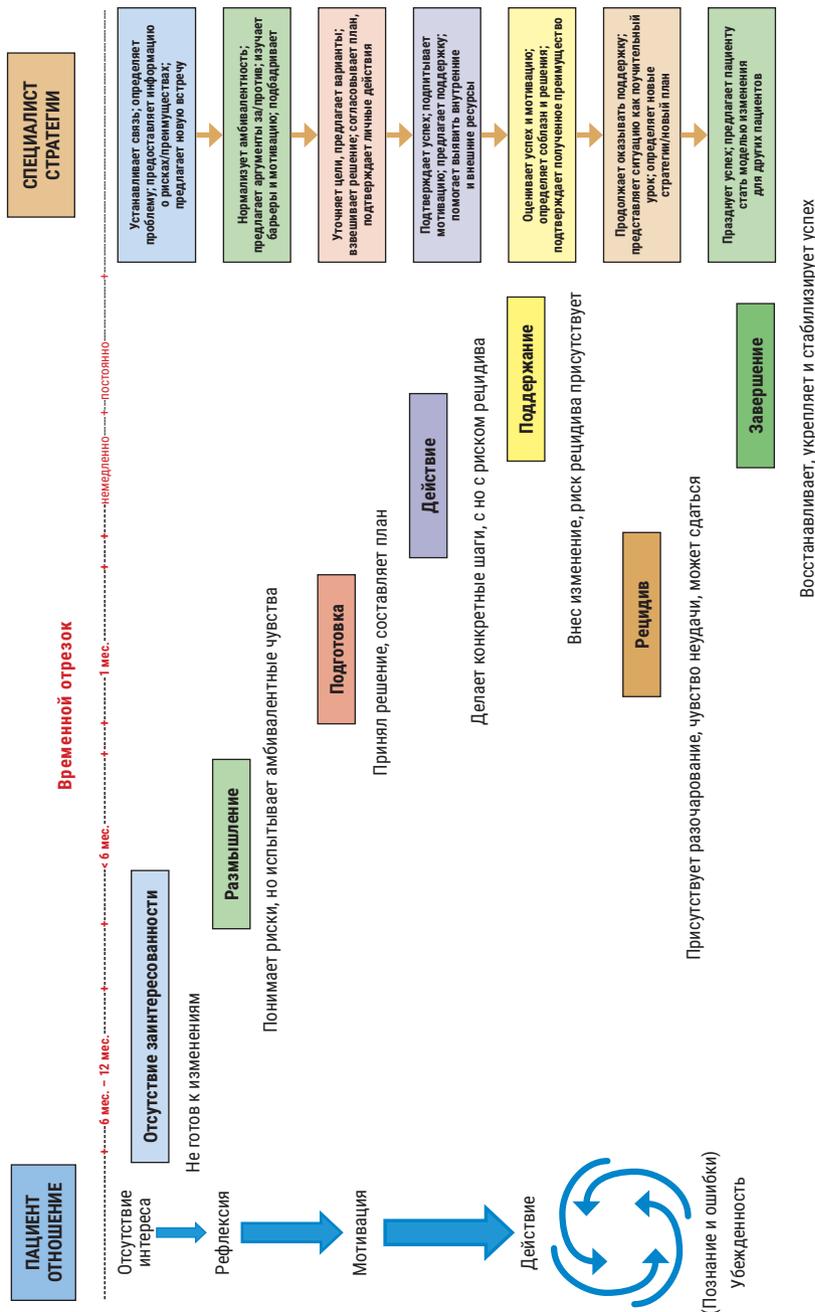
1.1. ТРАНСТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Очень важно, чтобы специалист оценил потребности/пожелания пациента, руководствуясь транстеоретической моделью изменения поведения (Прохаска и ДиКлemente).

Согласно этой модели, что касается изменения, пациент может находиться на одном из следующих этапов:

- А. Отсутствие заинтересованности** – пациент еще не готов к изменениям; у него отсутствует мотивация, он скорее сопротивляется, и в ближайшем будущем изменений не предстоит.
- В. Размышления** – пациент готов внести изменения в течение ближайших 6 месяцев; он понимает мотивы для изменений, ровно, как и аспекты, которые не позволяют ему сдвинуться с места. В его решении, при котором чаша весов колеблется между «выгодой изменения» и «ценой изменения» возникает амбивалентность, которая может сохраняться в течение более длительного периода времени.
- С. Подготовка** – пациент готов к действиям в ближайшем будущем, может быть, даже в следующем месяце, у него уже есть план, предусматривающий действия, работу с консультантом и т.д.
- Д. Действие** – пациент уже принял меры и что-то изменил в своем образе жизни за последние 6 месяцев; действие продолжается до полного изменения поведения (воздержание от табака или алкоголя, соблюдение диеты, регулярные физические упражнения и т.д.).
- Е. Поддержание** – пациент внес изменения и теперь старается поддерживать новое поведение, чтобы предотвратить рецидив; данный этап может длиться от 6 месяцев до 5 лет.

Транстеоретическая модель изменения поведения



По Дж. О. Прочаска и Карло Диклменте «Транстеоретическая модель изменения поведения» (1977 г.)

Данный список может также включать стадию **рецидива**, который может возникнуть после того, как пациент начал действовать, и, конечно же, стадию **завершения**, когда предполагается, что пациенту, в итоге, удалось изменить свое поведение, и оно является стабильным.

Приступая к мотивационному интервью, важно, чтобы специалист выяснил, на каком этапе находится пациент в соответствии с данной классификацией.

1.2. ЗНАКИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

А. Амбивалентность

Пациент испытывает двойственное отношение, поскольку, с одной стороны, он хочет изменить свое поведение (бросить курить, перестать употреблять сладкое, кушать меньше, делать больше движений, бросить выпивать, принимать лекарства и т.д.), чтобы улучшить состояние своего здоровья, а с другой стороны, он привык к своему образу жизни и ему трудно что-либо изменить. Пациент испытывает эти двойственные чувства в форме конфликта:

- «Мне нужно похудеть, но я не люблю заниматься спортом».
- «Думаю, если бы я не курил, мое дыхание улучшилось бы, но это такое удовольствие, от которого я не могу отказаться».
- «Мне нужно соблюдать диету, но мне трудно отказаться от определенных продуктов».

Поведение, которого нужно избегать. Если специалист в приказной форме говорит пациенту, что он должен делать, то пациент сразу же начнет прикрываться аргументами, которые мешают ему внести какие-либо изменения.

- **Специалист:** «Ты должен похудеть, болезнь сердца усугубляется!»
Пациент: «Да, я знаю, но мне трудно двигаться».
- **Специалист:** «Если вы не бросите курить, вы рискуете заболеть артериитом».
Пациент: «Вы правы, я бы тоже этого хотел, но у меня не получается бросить ...».
- **Специалист:** «Вы знаете, как важна диета при сахарном диабете!»
Пациент: «Я знаю, но сладкое приносит мне немного радости, если я еще и от них откажусь ...».

На этом этапе специалист может помочь пациенту рассмотреть амбивалентность, чтобы подчеркнуть противоречие (очевидное разногласие) между

двумя терминами амбивалентности: ценностями и поведением в пользу и против изменения: «Вы говорите, что вам нужно похудеть, но вы не видите себя занимающимся спортом, потому что вам это не нравится!» или «Курение – это удовольствие, от которого вы не можете отказаться, хотя вы понимаете, что дышали бы свободнее, если бы бросили курить».

Подчеркивание противоречия помогает пациенту лучше понять внутренний конфликт, который у него наблюдается в отношении определенного поведения. Следовать или нет этому поведению подобно двум чашам весов, которые склоняются то в одну, то в другую сторону. Сопереживая пациенту и сотрудничая с ним, специалист помогает ему осознать этот конфликт, который мешает пациенту принять решение по поводу принятия изменений.

В. РАСПОЗНАНИЕ УРОВНЯ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТА

Когда специалист обсуждает с пациентом вопрос изменения, он может определить, на каком уровне мотивации (изменения) находится пациент:

• Желание

Когда пациент использует слова: «желаю, хочу, я бы хотел», это указывает на то, что он хочет:

«Я хотел бы я избавиться от лишних килограммов».

«Я хочу бросить курить».

«Мне нравится идея больше заниматься спортом».

Утверждения, отражающие желание пациента, могут указывать на то, что он хочет измениться или что он предпочитает ничего не делать.

• Способность

Слова, которые отражают способность пациента внести изменения, в тоже время, указывают и на степень его мотивации: «Я могу, я мог бы»:

«Я думаю, что могу посещать спортзал 2 раза в неделю».

«Я мог бы употреблять больше овощей в основные приемы пищи».

«Я бы смог(ла) уменьшить количество выкуриваемых сигарет».

«Я вижу себя вносящим это изменение в свою жизнь».

• Мотивы

Пациент может четко указать причины, по которым он хочет внести изменения; даже если нет каких-либо конкретных слов, мотивацию можно сформулировать посредством различных выражений:

«Я хотел бы дожить до того момента, чтобы видеть, как растут мои внуки».

«Боль в ногах мешает мне ходить, и если бы я не курил, мне было бы легче передвигаться».

- **Необходимость**

Пациент может выразить свою потребность в изменении такими словами как:

- «Мне нужно, я должен, мне следует, необходимо, чтобы и др.».
- «Я должна стать стройнее, потому что уже не влезаю в одежду».
- «Мне действительно нужно больше заниматься спортом».

Эти 4 категории «мотивационных» проявлений указывают на то, что пациент движется в направлении изменения, даже если нет фактического обязательства изменить свое поведение. В случае амбивалентности, эти 4 категории могут даже вступать в противоречие:

- «Мне действительно нужно (*потребность*), но я не могу» (*способность*);
- «Я хотел бы иметь лучший уровень сахара в крови (*желание*), но мне очень нравится сладкое» (*желание*);
- «Я бы хотел (*желание*), но у меня кружится голова» (*мотив*).

Также существует 2 категории утверждений, которые указывают на конкретные шаги для изменения, а именно:

- **Обязательство**

Вот некоторые слова, которые выражают обязательство: «Я делаю, я обещаю, я гарантирую, я готов(а), я намерен(а)».

- **Принятие мер**

Пациент уже сделал несколько шагов, чтобы измениться:

- «Я купил книгу с рекомендациями по диете, которая мне нужно».
- «Я не выкурил ни одной сигареты на выходных».
- «Сегодня я поднялся по лестнице, а не на лифте».

Во время взаимодействия с пациентом, специалист определит уровень, на котором находится пациент с точки зрения мотивации к изменению, используя открытые вопросы (см. 2.2. 3 навыка общения – *Спрашивать*).

2

Инструменты мотивационного интервью

В этом смысле специалист использует 3 стиля общения и 3 типа навыков общения, уже известных в классической консультации.

2.1. 3 СТИЛЯ ОБЩЕНИЯ

- A. СОПЕРЕЖИВАНИЕ
- B. РУКОВОДСТВО
- C. СОТРУДНИЧЕСТВО

Как эти 3 стиля общения используются в целом?

Когда пациент обращается к своему семейному врачу, чтобы поделиться с ним проблемой, возникшей в его «мире», и которая связана с его хронической патологией, естественное поведение специалиста состоит, прежде всего, в том, чтобы внимательно выслушать то, что говорит пациент (**сопереживание**). Если у врача есть известное, общепринятое решение для данной проблемы, тогда он может прямо сказать пациенту об этом решении (**руководство**). Если решить проблему не так просто или ее невозможно немедленно решить, тогда врач может обсудить различные варианты вместе с пациентом, анализируя плюсы и минусы для каждого варианта и для решений, которые должны быть приняты (**сотрудничество**).

Поскольку, медработники начинают, по мере расширения своего опыта, использовать определенный способ при взаимодействии с пациентами, важно, чтобы они осознавали, в какой связи они находятся с этими 3 стилями.

ОПРОСНИК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 3-х СТИЛЕЙ ОБЩЕНИЯ (2.1)

Предлагаем вам опросник для оценки предпочитаемого вами стиля общения, который вы используете со своими пациентами.

Внимательно прочитайте 15 приведенных ниже утверждений и оцените каждое утверждение максимально искренне, в зависимости от вашего мнения о той или иной ситуации:

Утверждение	Правда (почти всегда) 4	Часто (скорее правда) 3	Иногда (скорее неправда) 2	Неправда (почти никогда) 1
Когда пациент приходит на консультацию, я знакомлю его с основными шагами, которые он должен предпринять в дальнейшем.				
Когда пациент приходит на консультацию, я знакомлю его с альтернативами и мы обсуждаем их, чтобы выяснить, что подходит пациенту больше всего.				
Когда пациент приходит на консультацию, я выслушиваю его до конца и не анализирую то, что он мне говорит.				
Я считаю, что пациенту нужны инструкции, которые помогут ему узнать, как действовать в процессе изменения поведения.				
Я считаю, что пациента нужно побуждать, чтобы он выбирал то, что лучше для него.				
Я стараюсь не давать указаний пациенту и стараюсь не убеждать его сделать что-то, поскольку у нас разный жизненный опыт.				
Чем лучше подготовлен врач и чем больше он разбирается в своей области, тем больше он может завоевать доверие пациента.				
Чем больше врач слушает пациента, тем лучше он понимает опыт пациента.				
Важно, чтобы пациент знал, что он может положиться на врача, когда ему будут нужны разъяснения или поддержка, чтобы изменить свое поведение.				
В отношениях с пациентом, я предпочитаю скорее слушать, чем давать советы, поскольку ответственность за изменение лежит на пациенте.				
В отношениях с пациентом, я считаю, что ответственность за принимаемые решения возлагается на нас обоих.				
В отношениях с пациентом, я в основном беру на себя ответственность за то, чтобы убедить его внести изменения в свой образ жизни.				
Главный посыл пациенту: «Я не хочу давить на вас. Я верю в вашу способность получить доступ к ресурсам».				
Главный посыл пациенту: «Я знаю, как вы можете решить проблему, и я расскажу вам, что вы можете сделать дальше».				
Главный посыл пациенту: «Я могу помочь вам найти способ решить проблему самостоятельно».				

Ответы

Укажите в ниже приведенной таблице количество баллов, которые вы набрали, ответив на каждый вопрос. Затем подсчитайте сумму баллов в каждом столбце, чтобы определить свой предпочитаемый стиль общения:

СОПЕРЕЖИВАНИЕ		РУКОВОДСТВО		СОТРУДНИЧЕСТВО	
Номер вопроса	Количество набранных баллов	Номер вопроса	Количество набранных баллов	Номер вопроса	Количество набранных баллов
3		1		2	
6		4		5	
8		7		9	
10		12		11	
13		14		15	
Итого		Итого		Итого	

- Баллы 15-20 – соответствующий стиль хорошо представлен/преобладает
- Баллы 10-14 – соответствующий стиль умеренно представлен
- Баллы 5-9 – соответствующий стиль слабо представлен

СОПЕРЕЖИВАНИЕ	РУКОВОДСТВО	СОТРУДНИЧЕСТВО
<p>Сопереживание в основном предполагает активное слушание:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в начале беседы с пациентом – с целью понять симптомы пациента и то, как они влияют на общую картину его здоровья; • во время консультации, особенно, когда пациент делится своими вариантами, с целью помочь ему принять решение. 	<p>Предписание терапевта создает неравноправные взаимоотношения с точки зрения уровня знаний, опыта, авторитета или власти, проявляющихся в отношениях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • это стиль, в котором специалисты в основном обучаются на медицинском факультете; • оно очень полезно во многих ситуациях, когда пациент зависит от врача, чтобы получить совет или принять решение; • часто пациент хочет, чтобы специалист позаботился о нем и направлял его. 	<p>Сотрудничество помогает пациенту принять решение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • специалист выступает в роли наставника, предоставляющего пациенту ресурс, который поможет ему самому узнать, что ему нужно; • хороший наставник знает, что можно сделать, и предлагает реальные альтернативы, из которых пациент может выбирать; • сотрудничество помогает изменить поведение: «Я могу помочь вам найти способ решить проблему».

Вероятно, набранный вами балл подчеркивает сбалансированную пропорцию между 3 стилями или преобладание одного из стилей в зависимости от профиля вашей деятельности, индивидуальных предпочтений и опыта, ваших отношений с другими людьми, медицинской среды, в которой вы обучались.

Все три стиля имеют большое значение и важно, чтобы они полностью соответствовали ситуации, моменту и характеру проблемы, с которой сталкивается пациент. Если, к примеру, врач чрезмерно использует директивный стиль, тогда пациент не сможет осознать свои ресурсы и принять собственные решения.

Специфика мотивационного интервью определяется, в частности, тем, как специалист **направляет пациента**, чтобы помочь ему изменить определенные привычки в своем образе жизни. Если пациент с хроническим заболеванием курит, выпивает, неправильно питается (употребляет в пищу сладости, жиры, злоупотребляет обработанными продуктами и добавками), не умеет управлять своими эмоциями, ведет сидячий образ жизни или не принимает лечение, очевидно, что дисбаланс его здоровья будет усиливаться. Специалисты мало что смогут сделать в такой ситуации, ведь они не могут контролировать силу воли и решения пациента! Нет смысла предупреждать, ругать или пугать пациента – он, скорее всего, сначала почувствует себя немного виноватым, потом у него это пройдет и он продолжит вести себя также, поскольку есть что-то помимо его воли, что заставляет его продолжать так себя вести. Его мотивация не работает, и он предпочитает получить небольшое удовлетворение за подобное поведение, которое зачастую ухудшает состояние его здоровья.

Мотивационное интервью помогает врачу/медработнику направлять пациента к достижению определенной цели, используя его аргументы и ресурсы, которые он задействует с помощью 3-х типов навыков общения.

2.2. 3 ТИПА НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ

- A. СПРАШИВАТЬ
- B. СЛУШАТЬ
- C. ИНФОРМИРОВАТЬ

Во время мотивационного интервью специалист:

- **спрашивает** пациента о том, чтобы он хотел получить;
- **слушает** чего желает пациент, чтобы в дальнейшем врач смог ему помочь;
- **информирует** пациента о тех вариантах, которые возможны в его ситуации.

Спрашивая пациента, специалист намеревается узнать больше информации от него, в том числе его мнения, идеи, переживания, опасения. Врач или медработник также могут использовать этот инструмент, дабы помочь пациенту раскрыть свои возможности и ресурсы, которыми он может воспользоваться, чтобы начать и осуществить изменение.

Слушая пациента, специалист: понимает то, что пациент намеревается сказать, в тоже время, он дает пациенту понять, что то, что он говорит, очень важно, и, наконец, что не менее важно, он призывает пациента проанализировать ситуацию и открыться ему больше. Внимательное слушание способствует созданию доверительной связи, на которую пациент может положиться, чтобы предпринять шаги в процессе изменения.

Информируя пациента, врач предоставляет пациенту информацию, знания, аргументы, примеры, рекомендации, которые могут дать ему когнитивную базу, способную стимулировать его мотивацию к изменению.

В каждом из 3 стилей общения, 3 коммуникативных навыка используются для разных целей и в разных пропорциях!



Очевидно, что:

1. в **стиле сопереживания** преобладает **слушание**
2. в **стиле руководства** преобладает **информирование**
3. в **стиле сотрудничества** сбалансированы **3 навыка: слушание, использование вопросов и информирование.**

3 стиля и 3 типа навыков общения постоянно сочетаются в рамках сессии с целью стимулировать мотивацию пациента к изменению образа жизни. Вот некоторые примеры:

Стиль общения/ навыки общения	СПРАШИВАТЬ	СЛУШАТЬ	ИНФОРМИРОВАТЬ
СОПЕРЕЖИВАНИЕ	Как так произошло, что вы перестали чувствовать свои ноги?	Представляю, что это было настоящим потрясением для вас.	Да, многие пациенты пребывают в состоянии шока, когда чувствуют, что они больше не владеют своими ногами.
СОТРУДНИЧЕСТВО	Что было бы важно для вас изменить в своей диете?	Вы обеспокоены увеличением веса и не знаете, как действовать дальше.	С терапевтической точки зрения, очень полезно изменить диету, как это повлияет на вашу жизнь?
РУКОВОДСТВО	Как часто это случалось?	Вы поняли, как будет проходить процедура, и хотите, чтобы я сказал вам, что вы должны делать после этого.	Наилучший вариант – это принимать таблетки.

В рамках мотивационного интервью, 3 стиля и 3 навыка общения могут быть использованы и адаптированы только в соответствии со стадией, на которой находится пациент с точки зрения его осознания необходимости изменения поведения для здорового образа жизни. Для того, чтобы помочь пациенту сориентироваться в изменениях и сделать шаги в этом направлении необходимо провести 1-2 сессии.

А. Способность СПРАШИВАТЬ. Использование открытых вопросов.

Задавая открытые вопросы, специалист помогает пациенту осознать собственные причины изменить свой образ жизни и, в то же время, определяет стадию, на которой находится пациент с точки зрения обязательств, которое

он на себя взял по новому поведению. Открытые вопросы полезны в следующих ситуациях:

а) Открытые вопросы, которые позволяют получить разрешение

«Можем ли мы сейчас немного поговорить о том, что вам трудно не употреблять сладости?»:

Спрашивая пациента, специалист проявляет уважение к его мнению; пациент в свою очередь более охотно начинает говорить о своих трудностях, когда его спрашивают, чем, когда ему читают лекцию или, когда его напрямую призывают изменить свое поведение.

Если пациент находится на стадии не заинтересованности и у него нет мотивации к изменениям, специалист может ему напомнить только о тех преимуществах, которые он может получить, если он начнет меняться, и, конечно же, о своей готовности возобновить обсуждение, когда пациент почувствует, что он готов сделать первый шаг.

б) Открытые вопросы с целью определить уровень мотивации

Чтобы определить уровень мотивации пациента к изменению поведения, специалист может задать ему несколько вопросов по каждой из 6 категорий утверждений, соответствующих вышеупомянутым уровням мотивации:

- **Желание:** «Чего именно вы хотите? / Что бы вы хотели, чтобы произошло? «Зачем вам нужно это изменение?».
- **Способность:** «Как это было бы возможно? Что вы могли бы сделать? Если бы вы решили внести это изменение, как бы вы поступили?».
- **Мотивы:** «Зачем вам нужно это изменение? Если вы внесете это изменение, какие 3 наиболее важных конкретных преимущества вы получите? Какие риски уменьшатся, если вы это сделаете?».
- **Потребность:** «Насколько важно для вас это изменение? Сколько времени вам для этого нужно?».
- **Обязательство:** «Что вы будете делать сейчас? Какой у вас план?».
- **Принятие мер:** «Что вы уже сделали для того, чтобы стать здоровее?».

Поведение, которого нужно избегать. Обратите внимание на использование некоторых открытых вопросов, связанных с теми же 6 уровнями мотивации, которые могут усилить защитный механизм пациента и ослабить его желание измениться! Вот пример того, как «не надо делать» – для специалистов, которые, разочарованные отсутствием вовлеченности пациентов, могут задать следующие вопросы:

- Почему вы не хотите ...?
- Почему вы не можете ...?
- Почему вы не сделали ...?
- Почему вы не чувствуете необходимость в том, чтобы...?
- Почему нужно ...?
- Почему не...?

с) Открытые вопросы со шкалой для определения готовности к изменениям

Такие вопросы, при котором используется шкала ответов, важны для проверки мотивации пациента, которая находится в постоянной динамике:

«По шкале от 1 до 10, где 1 означает «Я определенно не готов(а)», а 10 означает «Я определенно готов(а) внести изменения», какая цифра лучше всего отражает то, на какой стадии вы сейчас находитесь по отношению к решению о?»; «А 6 месяцев назад, на какой стадии вы находились в соответствии с данной шкалой?».

«Как вы думаете, что вам нужно для того, чтобы немного подняться по этой шкале?».

д) Открытые вопросы о важности изменения и уверенности в успехе

Данные вопросы, используемые при наличии хороших взаимоотношений между специалистом и пациентом, могут повысить мотивацию последнего к изменению.

В процессе постановки данных вопросов можно использовать вышеупомянутую шкалу:

- а. «Насколько важно для вас ...? По шкале от 1 до 10, где 1 означает «совсем не важно», а 10 «чрезвычайно важно», скажите мне, пожалуйста, насколько важно для вас ...?».

Или:

«Что должно произойти, чтобы вы расценили это изменение как важное?»

- б. По шкале от 1 до 10, где 1 означает «я уверен(а), что не смогу», а 10 – «я уверен(а), что смогу», «Насколько вы уверены в том, что вы сможете ... если бы вы решились сделать это?».

Или

«Что может сделать вас более уверенным в том, что вы сможете внести это изменение?».

е) Открытые вопросы об аргументах в пользу и против изменения

При изучении амбивалентности пациента к изменению, можно использовать определенные открытые вопросы, которые в первую очередь помогают

пациенту лучше понять аргументы в пользу изменения, а также понять, что именно мешает ему внести изменение. Важно, чтобы специалист, задавая эти вопросы, использовал нейтральный тон, в особенности те вопросы, что помогают изучить поведение пациента, которое заставляет его стоять на одном месте и мешает двигаться дальше – поскольку зачастую врач или медработник может выразить свое несогласие с этим поведением (курение, употребление алкоголя, несоблюдение диеты, отсутствие физических упражнений, отказ от приема назначенных лекарств и т.д.).

- **Плюс:** «Что именно вам нравится, когда вы курите?». Сразу после этого вопроса, можно задать следующий вопрос:
- **Минус:** «Какой вред приносит курение? Какие менее положительные стороны имеет курение?».

Задавая вопросы **о плюсах**, следует избегать таких вопросов как: «Что хорошего в том, что вы курите?»

После того, как врач задаст эти вопросы и получит на них ответы, он может подвести итог – используя собственные слова пациента, проанализировав как плюсы, так и минусы изменения поведения, и задав последний вопрос: «Что преподнесло вам это исследование?», с целью активировать мотивацию пациента к изменению.

f) Ключевые вопросы: «Что будет дальше?»

Этот тип открытых вопросов помогает определить уровень мотивации пациента, то есть то, насколько он желает измениться. В результате таких вопросов, намечается своего рода некий вывод после использования других типов вопросов, изложенных выше:

- «Итак, чем бы вы хотели заняться сейчас?»
- «Итак, что вы думаете о (поведении) ... в данный момент?»
- «Как вы думаете, что вы будете делать дальше?»
- «Что будет для вас первым шагом?»
- «Если вы решитесь, что вы собираетесь делать?»
- «Как вы будете действовать дальше?».

Если пациент выражает свое намерение начать изменение, могут быть полезны более конкретные вопросы, однако при этом пациент не должен чувствовать никакого давления на себя:

«Как вы думаете, **когда** вы начнете ...?»

«**С чего именно** вы начнете?»

«**Как** вы думаете, что у вас получится ...».

g) Гипотетические вопросы

Для пациентов, которые находятся на стадии не заинтересованности или которые менее готовы действовать/продолжать, врач может обсудить изменения, используя гипотезы:

- «Что бы вам понадобилось, чтобы принять решение относительно ...?»
- «Если бы вы решили внести изменения в ..., какими могли бы быть некоторые преимущества?»
- «Предположим, вы решили измениться Что вы могли бы сделать, чтобы вам это удалось?»
- «Давайте на секунду представим, что вы внесли (изменение). Как бы изменилась ваша жизнь?»
- «Предположим, вы не вносите никаких изменений относительно..... Что, по вашему мнению, может произойти через 5 лет?»
- «Как вы думаете, как это поведение помешало вам совершенствоваться/развиваться?»
- «Что бы вы хотели, чтобы в вашей жизни произошло (поведение) через год? А через 5 лет? А через 10 лет?»

Использование открытых вопросов **фактически** помогает пациенту самому найти ответы, которые находятся внутри него, а также ресурсы, необходимые для внесения изменений. С этой точки зрения, эти вопросы являются очень ценным инструментом для стиля Сотрудничества, который является сутью мотивационного интервью.

В. Способность СЛУШАТЬ

Когда врач внимательно слушает пациента, даже всего лишь в течение одной минуты, он может лучше понять точку зрения пациента и переживания, которые он испытывает.

Врач слушает пациента больше всего в начале консультации, но также и на всем ее протяжении, особенно после того, как он задал вопросы. Спокойствие в процессе слушания пациента очень важно, но не только внешнее, но и внутреннее, поскольку, когда специалисты слушают пациента, они часто рассуждают, анализируют и ищут решения, что препятствует абсолютному поглощению ими же информации. Поэтому слушать – подразумевает не только слышать то, что говорится, но также внимательно следить и понимать, что пациент выражает в устной и невербальной форме.

Специалист показывает пациенту, что слушает его, следующим образом:

- Демонстрирует невербальные и вербальные сигналы (кивает, смотрит на него, использует определенную мимику, жесты, восклицает и т.д.).

- Может перефразировать то, что говорит пациент.
- Может составить небольшое резюме в качестве заключения к тому, что он понял из того, что рассказал пациент, например, «Насколько я понял, ...» или «Из того, что вы говорите, похоже, что ...».

Когда специалист внимательно слушает пациента, это дает последнему уверенность в том, что его понимают. Если у пациента амбивалентность и сопротивление изменениям в отношении принятия здорового поведения, рефлексивное слушание может помочь повысить осведомленность и уменьшить сопротивление.

Пример:

Врач: Я так понял, что вы курите. Вы можете рассказать мне больше об этом? (**открытый вопрос**).

Пациент: Да, я курю, но сейчас курю меньше, около 10-11 сигарет в день.

Врач: Вы, так скажем, среднестатистический курильщик, (**рефлексия**).

Пациент: Не совсем, бывают дни, когда я курю меньше, но независимо от того, сколько сигарет я выкуриваю, я чувствую себя хорошо.

Врач: Значит, независимо от того, сколько сигарет вы выкуриваете, это не влияет на вас, вы чувствуете себя хорошо (**рефлексия**).

Пациент: Да, это так. Иногда, когда у меня стресс, я могу выкурить и пачку сигарет, но это бывает редко.

Врач: (несмотря на то, что у врача может возникнуть желание перейти на директивный стиль и выругать пациента, он этого не делает). Что вы думаете, когда так много курите? (**открытый вопрос**)

Пациент: Я не особо думаю об этом, лишь иногда ...

Врач: Вы думаете иногда, но не слишком часто (**рефлексия**).

Пациент: Да, я думаю, потому что я уже не молод и знаю, что курение может повлиять на легкие, сердце и ноги.

Врач: Вы заметили что-нибудь в этом отношении? (**открытый вопрос**)

Пациент: Утром, когда я встаю, иногда я отхаркиваю мокроты больше, при этом мокрота желтовато-грязная, но я думаю, что в такие моменты я просто простужен. Иногда у меня еще как будто болят ноги, если я больше двигаюсь. Но я думаю, что это из-за ревматизма, а не из-за курения.

Врач: Значит, курение не доставляет вам никаких проблем (**рефлексия**).

Пациент: Ну, я бы не сказал, что оно не доставляет мне прямо никаких проблем...

С этого момента пациент уже начинает осознавать, что у него могут быть проблемы из-за курения. Очень важным элементом является то, чтобы он сам определил последствия, которые курение оказывает на его организм, и с этого момента специалист может продолжить задавать вопросы, представленные в пункте «Способность СПРАШИВАТЬ», чтобы устранить амбивалентность и облегчить переход пациента от стадии **предварительных размышлений/размышлений** к стадии **подготовки**.

Если бы во время вышеупомянутого диалога, врач перешел бы на директивный стиль, пациент начал бы немедленно оказывать сопротивление и завершил бы диалог, не имея больше возможности размышлять над тем фактом, что, все-таки, курение влияет на него и его здоровье и что он мог бы что-то с этим сделать.



С. Способность ИНФОРМИРОВАТЬ

Информирование пациента является наиболее часто используемым навыком медицинских работников. Как правило, пациенту передается следующая информация:

- Ему рассказывают, что случилось с его здоровьем.
- Ему объясняют, что произойдет или что может произойти в дальнейшем.
- С ним делятся плохими новостями.
- С ним делятся результатами клинических консультаций/ параклинических исследований.

- Ему объясняют процедуру получения информированного согласия.
- Ему предоставляют инструкции по поводу лечения.
- Ему дают советы по управлению своим здоровьем/заболеванием.

Специалист должен передавать информацию осознанно и внимательно, поскольку у пациента есть свои особенности, благодаря которым он воспринимает информацию в большем или меньшем количестве. Пациент может быть сбит с толку, он может не понимать какую-либо информацию на когнитивном уровне, он может быть пассивным, равнодушным или обеспокоенным, боязливым, расстроенным или отвлеченным, подавленным. Чтобы гарантировать, что информация понята пациентом, специалист сначала устанавливает связь с пациентом, что означает, что он сначала использует способности СЛУШАТЬ и СПРАШИВАТЬ. На самом деле, очень важно, чтобы между специалистом и пациентом происходил обмен информацией.

В целях улучшения обмена информацией необходимо, чтобы специалист:

- а) Передавал информацию в достаточно медленном темпе, чтобы пациент мог понять значение передаваемых слов, иногда делая паузы и позволяя пациенту задавать вопросы, если последнему что-то непонятно.
- б) Предоставлял информацию на доступном пациенту языке и в соответствии с его потребностями, именно в том количестве, которое ему необходимо.
- в) Предоставлял информацию в достаточно широком спектре, затрагивая точку зрения пациента и, возможно, его опасения относительно состояния своего здоровья.
- г) Использовал позитивный тон речи и положительный посыл, направленные на повышение мотивации пациента, а не мораль или угрожающий посыл (Сравните: «Если вы бросите курить, вам будет легче дышать, и вы почувствуете улучшение при ходьбе» и «Если вы продолжите курить, вам будет еще тяжелее дышать и тяжелее ходить»).
- е) Спрашивал разрешения на передачу пациенту информации; например:
 - Сообщить, что хочет предоставить ему какую-либо информацию: «Я должен сказать вам...».
 - Спросить, в какой момент он хотел бы узнать больше информации: «Вы хотите, чтобы я сейчас предоставил вам информацию о ... или вы предпочитаете сначала поговорить о чем-то другом?»
 - Ознакомить с той информацией, которую он хочет предоставить, подчеркнув самостоятельность пациента в отношении использования информации: «Я хотел бы предоставить вам информацию, которая может вас заинтересовать...».

- f) Предлагал варианты: «Что касается движения, то у вас есть несколько вариантов: либо ходить пешком 30 минут в день, либо каждый день, дома делать гимнастику в течение нескольких минут, либо вы можете заняться лечебной физкультурой в каком-либо медицинском центре – выбирайте то, что вам больше всего подходит».
- g) Предоставлял объяснения небольшими порциями, периодически проверяя, насколько хорошо пациент их понимает, согласно модели **О.П.О. (Объясни-Проверь-Объясни)**. **Врач:** «Ваши ноги онемели и стали холоднее, потому что кровообращение не очень хорошее. Ультразвуковое исследование, которое мы вам сделали, показало, что артерии утолщены и не пропускают достаточное количество крови, поэтому вы чувствуете онемение в ногах. Очень важно, чтобы вы заботились о своих ногах, не ходили босиком, были внимательны, когда стрижете ногти и, в общем, не ударялись ни обо что и не надевали обувь, которая вам тесна или жмет. Также будьте осторожны с горячей водой» (**Объяснение**) У вас есть вопросы? (**Проверка понимания**) **Пациент:** «Это значит, что я больше не должен принимать ванну или душ с горячей водой?» **Врач:** «Нет, нет! Просто старайтесь, чтобы ваши ноги не имели прямого контакта с горячей водой, иначе вы можете получить ожоги, поскольку ваши ноги теряют чувствительность.» (**Объяснение**) «Это понятно?» (**Проверка понимания**) **Пациент:** «Значит, к примеру, я сначала могу проверить температуру воды руками, чтобы не обжечься». **Врач:** «Именно. Очень хорошо. Поэтому, если вы обнаружите небольшую ссадину, покраснение, рану или порез на ноге, все, что угодно, немедленно обращайтесь ко мне». (**Объяснение**). (**Проверка понимания**) **Пациент:** «Я так и сделаю! Спасибо большое!».
- h) Обменивался информацией согласно модели: **С.П.С. (Спроси-Предоставь-Спроси)**, чтобы пробудить у пациента мотивацию слушать и легче воспринимать информацию. Начните с **вопроса:** «Что бы вы хотели узнать о ...?» Или «Что вы уже знаете о ...? После того, как пациент отвечает, специалист **предоставляет** ему необходимую информацию, а затем **спрашивает:** «Что вы думаете по этому поводу? Хотите узнать больше о ...?».
- i) Старался не пугать пациента и ни в чем его не обвинять, иначе, если пациент почувствует себя не в своей тарелке, то он будет избегать изменений и еще сильнее будет сопротивляться!

3

Стратегия мотивационного интервью

Сочетание стилей и навыков общения, применяемых в мотивационном интервью позволяет специалистам за относительно короткое, но предназначенное для этого время, помочь пробудить у пациента с хроническим заболеванием мотивацию к принятию здорового поведения в зависимости от стадии, на которой он находится в отношении готовности приступить к изменениям и закрепить их.

Давайте пройдемся по основным этапам мотивационного интервью применяемого в двух ситуациях:

3.1. Пациентка, женского пола, 58 лет, сахарный диабет 2 типа и ожирение.

3.2. Пациент, мужского пола, 47 лет, хроническая ишемическая болезнь сердца, курильщик, работает в условиях эмоционального стресса.

3.1. Пациентка, женского пола, сахарный диабет 2 типа и ожирение.

Цель мотивационного интервью: активация мотивации к изменению диеты и снижению веса.

А. Для пациента, находящегося на стадии отсутствия заинтересованности

1. Специалист сначала устанавливает связь с пациентом, аналогично тому, как это происходит в условиях обычной консультации. Даже если врач и пациент знакомы друг с другом, именно по этой причине, специалист должен восстановить связь с пациентом.

Специалист: «Здравствуйте, г-жа Х. Присаживайтесь, пожалуйста, вот сюда, здесь поудобнее. Как ваши дела? Как поживает ваша дочка? Срок беременности уже подходит к концу, не так ли?».

Пациентка: «Спасибо, доктор, а как наши дела – хорошо, мы с нетерпением ждем, когда увидим малышку. Моя дочка чувствует себя хорошо, она тоже уже ждет не дождется!».

2. Специалист начинает с открытого вопроса в стиле СОТРУДНИЧЕСТВО, чтобы определить проблему.

Специалист: «Вот так бывает! Я рад, что вы согласились встретиться сегодня, поскольку, как я говорил вам на прошлой неделе, я хотел бы предложить вам немного поговорить о трудностях, с которы-

ми вы сталкиваетесь при соблюдении диеты. О чем именно было бы важно для Вас сегодня поговорить по поводу этого вопроса?».

Пациентка: «А я знаю? О том, что я совсем не могу похудеть, и видит Бог, мне это очень нужно ... У меня не особо получается отказаться от хлеба ... И от сладкого иногда не могу отказаться».

3. Специалист воспроизводит то, что рассказала пациентка, подчеркивая противоречие, в котором она находится концептуально.

Специалист: «Понимаю. Вы беспокоитесь о своем весе и знаете, что вам нужно похудеть, но вам трудно отказаться от определенных продуктов, таких как хлеб и сладости».

Пациентка: «Да, да, хлеб и сладости. Я не знаю, как я могу это сделать ...».

4. Специалист использует стиль СОПЕРЕЖИВАНИЯ, чтобы узнать больше о трудностях пациентки, задавая открытый вопрос.

Специалист: «Не могли бы вы рассказать мне больше об этом бессилии, которое вы чувствуете, когда дело доходит до хлеба и сладостей?».

Пациентка: «Вы знаете, когда я устаю или, когда я чувствую слабость, я чувствую, у меня появляется потребность выпить или съесть что-нибудь сладкое или кусочек хлеба. Белого хлеба! После этого я чувствую себя лучше, но уже не могу остановиться».

5. Специалист воспроизводит то, что рассказала пациентка, и продолжает задавать открытые вопросы, чтобы определить уровень мотивации.

Специалист: «Я понимаю. Вы чувствуете необходимость съесть немного хлеба или что-то сладкое, когда вы чувствуете усталость или слабость, после чего вы уже не можете остановиться. О чем вы думаете, когда такое происходит?».

Пациентка: «Что у меня нет силы воли. Я чувствую себя виноватой. Я хотела бы изменить это, но не могу. Я чувствую, что все еще не могу отказаться. И с моим сердцем мне было бы лучше, и с сахарным диабетом, но что мне делать? Я не чувствую, что справлюсь».

6. Специалист снимает чувство вины с пациентки и с ее разрешения сообщает ей о преимуществах внесения изменений:

Специалист: «Я понимаю, что после еды вы чувствуете себя немного лучше, и поэтому вы все еще не чувствуете, что можете что-то изменить. Позвольте мне поделиться с вами небольшим секретом: изменения происходят изнутри, напрасно вы пытаетесь «бичевать» или ограничивать себя, чтобы похудеть; сначала это может сработать, но если у вас нет веры и доверия, это не продлится долго. Могу ли я рассказать вам о некоторых преимуществах, которые вы получили бы, если бы вы немного изменили свой образ жизни?».

Пациентка: «Конечно! Мне бы это пригодилось!».

7. Специалист применяет стратегию С.П.С. (Спроси-Предоставь-Спроси) и О.П.О. (Объясни-Проверь-Объясни), чтобы фактически обменяться информацией с пациенткой.

Специалист: «Хорошо. Раннее, мы обсуждали важность здорового образа жизни при сахарном диабете, диету, роль активного образа жизни и физических упражнений, я дал вам несколько листовок, учебное пособие. Помните? Хотели бы вы обсудить информацию, которая там представлена?».

Пациентка: «Я хотела бы узнать, как я могу продолжать все-таки съедать немного хлеба и что-нибудь сладкое, хотя бы иногда, когда я чувствую в этом потребность, не усугубляя свой диабет ...».

Специалист: «Хорошо. Вы хотели бы узнать, как сделать так, чтобы ваш сахар в крови не повышался, когда вы едите, верно? Давайте обсудим то, что написано в учебном пособии, посмотрим, как питаться правильно, а особенно, что можно кушать, чтобы похудеть. Затем мы можем поговорить о том, как важен активный образ жизни. Есть много видов продуктов, которые вы можете употреблять в пищу. Вот..... Что вы думаете по этому поводу?».

Пациентка: «Кажется, теперь у меня появилась небольшая надежда! Я подумаю об этом».

8. Специалист завершает встречу гипотетическим открытым вопросом, чтобы активировать мотивацию пациентки и планирует повторную встречу.

Специалист: «Отлично! Вот что я предлагаю: когда вы придете в следующий раз за рецептом, вы скажете мне, хотите ли вы обсудить эту тему подробнее. Тогда вы уже станете бабушкой и будете заинтересованы в том, чтобы хорошо себя чувствовать и иметь силы помогать вашей дочке! Как бы вы хотели, чтобы вы выглядели через 5 лет, когда будете отводить свою внучку в детский сад?».

В. Для пациента, находящегося на стадии размышления

Давайте проследим за диалогом между теми же героями, спустя 6 месяцев ...

1. Восстановление связи через сопереживание.

Специалист: «Доброе утро, госпожа X, присаживайтесь, пожалуйста, я рад, что вы захотели, встретиться сегодня».

Пациентка: «Да, в прошлый раз, когда я забрала свой рецепт, я попросила вас встретиться, чтобы мы поговорили о моих попытках похудеть, вы умеете меня слушать...».

Специалист: «Я слушаю вас и понимаю ваши усилия, особенно сейчас, когда вы стали еще более востребованы, как бабушка».

Пациентка: «Да, сейчас я на два дома, бегаю туда-сюда, из одного дома в другой, вечером я едва могу немного отдохнуть ...».

2. Специалист устанавливает план встречи и спрашивает у пациентки мнение по этому поводу; а пациентка начинает подавать признаки того, что она задумывается об изменениях, демонстрируя амбивалентность между желанием и неспособностью внести изменения.

Специалист: «Я предлагаю вам немного поговорить о вашей попытке похудеть, чтобы вы увидели, как можно добиться успеха. Вы согласны?».

Пациентка: «Да, конечно».

Специалист: «Как вы думаете, что мешает вам похудеть?».

Пациентка: «Вы знаете, я думала о том, что мешает мне похудеть. Я обнаружила, что мне хочется съесть кусочек хлеба и что-нибудь сладкое, особенно в вечернее время, около 9-10 часов, когда я смотрю телевизор и чувствую себя уставшей... Я перекусываю что-то в 17.00, после чего, ближе к позднему вечеру, я опять голодна. Я еще набрала около 2 килограмм и хочу похудеть, но я не знаю, смогу ли я, у меня нет силы воли, поэтому я и пришла к вам...».

3. Специалист практикует рефлексивное слушание (перефразирует), чтобы помочь пациентке прояснить свои идеи. Он задает открытые вопросы о плюсах и минусах поведения, чтобы изучить и нормализовать амбивалентность.

Специалист: «Итак, вы говорите, что особенно после 9:00 вечера, когда вы находитесь перед телевизором, вы чувствуете потребность в чем-то сладком. Как вы себя чувствуете, когда вечером едите что-нибудь сладкое или немного хлеба?».

Пациентка: «Ну, я чувствую себя лучше ..., я чувствую, что это меня расслабляет, и я успокаиваюсь. Как будто после того, как за весь день набегаюсь, я могу наконец-то подарить себе моменты удовольствия. Единственное, что после этого, я чувствую себя виноватой, потому что мне кажется, что я прибавила пару килограмм».

Специалист: «Я понимаю, и это нормально, что вы хотите немного расслабиться и отдохнуть, особенно после напряженного дня. Но вы сказали, что после еды у вас возникает чувство вины, потому что вы поправляетесь. Как вы думаете, что вы можете сделать, чтобы перестать так себя чувствовать?»

Пациентка: «Ну, да, я думаю, что с тех пор, как я начала есть каждый вечер, по возвращению домой от своей дочки, я почувствовала, как у меня откладываются килограммы... Я подумала, что хочу остановиться, мне действительно это нужно: потому что у меня и сахарный диабет, и лишний жир, я не очень хорошо выгляжу. Но смогу ли я перестать есть?».

4. Специалист задает открытые вопросы о важности перемен и уверенности в успехе, чтобы определить уровень мотивации пациента.

Специалист: «Давайте разберемся. Если измерить, насколько важно для вас перестать есть вечером, по шкале от 1 до 10, где 1 означает «совсем не важно», а 10 – «чрезвычайно важно», скажите, можете ли вы сказать, какую оценку (балл) вы бы присвоили важности этого решения?».

Пациентка: «9 или 10, это очень важно для меня!».

Специалист: «Хорошо. Что касается вашей уверенности в том, что вы сможете перестать есть поздно вечером хлеб и что-нибудь сладкое по шкале от 1 до 10, где 1 означает «Я уверена, что не смогу», а 10 – «Я уверена, что смогу», насколько вы уверены в

том, что сможете перестать кушать вечером, если решите это сделать?».

Пациентка: «А я знаю...? Может быть, 4-5».

Специалист: «Достаточно низкий балл. Вы считаете важным внести изменения, но в то же время вы уверены примерно на 50%, что вам это удастся. Что может сделать вас более уверенной в том, что вы можете сделать это изменение?».

Пациентка: «Я думаю, желание иметь больше силы воли».

5. Специалист обобщает все, что сказала пациентка, поощряет его, а затем применяет стратегию С.П.С (Спроси-Предоставь-Спроси).

Специалист: «Итак, вы считаете, что очень важно не употреблять хлеб и что-нибудь сладкое поздно вечером, но в то же время у вас нет столько уверенности в том, что вы сможете это сделать и думаете, что вам нужно больше силы воли. Это правда? (Пациентка решительно кивает головой в знак утверждения). В то же время вы говорите, что только вечером, когда вы возвращаетесь домой, вы можете расслабиться, и в те моменты вы чувствуете необходимость расслабиться, съедая что-нибудь сладкое (пациентка кивает головой, слегка удрученно). Я хочу вам помочь, для вашего же блага. Прежде всего, давайте рассмотрим продукты, которые вам нравятся и которые вы можете употреблять, не беспокоясь ни о чем. Мы предоставили вашему вниманию Учебное пособие для взрослых, больных сахарным диабетом 2 типа. Вот здесь есть несколько списков с продуктами и меню, давайте обсудим их. Мы обязательно найдем здесь что-нибудь, что вам понравится! (...). Потом я хотел бы сказать вам, что вполне законно, что вы хотите расслабиться и подарить себе немного радости вечером, когда вы возвращаетесь домой, но это не обязательно должно происходить посредством еды. Вечером, к примеру, вы можете поужинать в 19:00 вечера и тогда вы не будете голодны позже. Вы знаете, что после 19.00 часов вечера метаболизм организма настраивается на усвоение, и поэтому люди, которые едят вечером, не только не худеют, но даже толстеют. Кроме того, существует много способов отдохнуть и расслабиться. А как такие способы есть у вас? Что еще приносит вам немного радости и расслабления?».

Пациентка: «Я радуюсь, когда вижу свою внучку, но с ней я не могу расслабиться! Раньше, когда у меня больше свободного времени, я часто вышивала гобелен, вязала крючком или разгадывала

кроссворды каждый день, но сейчас, я гораздо реже этим занимаюсь».

6. Специалист призывает выбрать один вариант.

Специалист: «Отлично. Это значит, что у вас есть и другие способы расслабиться и чувствовать себя хорошо. Что помогло бы вам расслабиться больше всего вечером, когда приходите домой и садитесь перед телевизором?».

Пациентка: (тихо хихикая) «Я думаю, что вышивание гобелена! У меня есть несколько замечательных моделей, с которыми я не работала с тех пор, как родилась моя внучка! Я думаю, это помогло бы мне перестать кушать, потому что, когда я вышиваю гобелен, я забываю обо всем, даже о голоде!».

7. Специалист обобщает варианты, а затем, задает ключевой вопрос о вовлеченности пациентки.

Специалист: «Это значит, что вы могли бы расслабиться вечером, вышивая гобелен, и тогда вы не будете чувствовать необходимость в еде поздно ночью! И вы могли бы ужинать раньше, около 19.00 часов вечера, съедая понравившиеся продукты из списка, который мы обсуждали. И если бы вы внесли это изменение в свой образ жизни, какие шаги вы могли бы предпринять?».

Пациентка (с энтузиазмом): «О, я думаю, что я могла бы сначала перенести свой ужин на 19.00 часов, и это не будет трудно, в 17.00 часов я могла бы перекусить только один фрукт или йогурт! Потом я могла бы начать вышивать гобелен, я действительно за была, как хорошо я себя чувствую, когда это делаю!».

Специалист: «Очень хорошо! Как вы считаете, когда вы смогли бы могли внести эти изменения?».

Пациентка: «Даже на следующей неделе, потому что я буду свободнее; я могу попробовать и посмотрю как буду себя при этом чувствовать».

Специалист: «Очень хорошо! Я предлагаю, чтобы мы снова увиделись через месяц, и тогда вы расскажете мне, какие шаги вы приняли и как вы себя чувствуете. Желаю вам удачи!».

С. Для пациента, находящегося на стадии подготовки

Мы присутствуем на встрече между специалистом и пациенткой спустя 2 недели

Специалист: «Здравствуйте, госпожа Х, добро пожаловать. Какживаете? Что нового?».

Пациентка: «Доктор, вы знаете, я решила. В конце этой недели я решила остаться дома (дети с внучкой уезжают к родителям мужа) и начать питаться в установленное время, и употреблять в пищу продукты, о которых вы мне говорили и о которых я читала в Учебном пособии!».

1. Специалист уточняет цели пациентки.

Специалист: «Значит вы приняли решение! Поздравляю! И как вы будете действовать?».

Пациентка: «Я составлю, на основании Учебного пособия, список продуктов, которые я могу употреблять без ограничений, а также тех продуктов, которые можно есть, но в ограниченном количестве, и размещу его на кухне! Когда я буду ходить на рынок, я буду брать с собой этот список; даже если какие-то продукты «будут мне подмигивать», я не буду обращать на это внимание и буду придерживаться списка!».

Специалист: «Идея со списком отличная! Что еще вы себе запланировали?».

Пациентка: «Обращать внимание и на количество еды, и особенно, в вечернее время. Вы знаете, я снова начала вышивать гобелен, но не очень долго, потому что я чувствовала себя уставшей. Но теперь на выходных я могу заниматься этим больше!».

Специалист: «Я уже вижу, что вы составили план по поводу того, в каком количестве и когда съесть, и я считаю, что это превосходно! Как вы планируете продолжать, когда опять начнете заниматься со своей внучкой?».

Пациентка: «Ну, я буду придерживаться списка и буду кушать в определенные часы, даже если она будет со мной, мне нужно, чтобы я была здоровой, чтобы я могла как можно больше помочь своей дочери!».

2. Специалист оценивает решение, согласовывает план, подтверждает личные действия пациентки.

Специалист: «Госпожа Х, это очень хороший план. Таким образом, вы хотите на этих выходных начать менять график своего питания, вводить в рацион наиболее подходящие продукты и уменьшить их количество, особенно в вечернее время. Если мы повторили бы тот тест по поводу вашей уверенности в том, что вы сможете перестать кушать поздно вечером хлеб и что-нибудь сладкое по шкале от 1 до 10, где 1 означает «Я уверена, что не смогу», а 10 – «Я уверена, что смогу», насколько вы уверены сейчас в том, что сможете перестать кушать вечером, если решите это сделать?».

Пациентка: «Уже почти 9! Я чувствую, что готова и уверена, что смогу это сделать!».

Специалист: «Я поздравляю вас, госпожа Х. Я желаю вам удачи и предлагаю вам снова увидеться через 2 недели, чтобы вы рассказали мне как у вас это получилось».

Пациентка: «Очень хорошо, я не могу дождаться, чтобы увидеть вас снова и рассказать все вам!».

Д. Для пациента, находящегося на стадии действия

Следующая встреча проходит через две недели с момента последней встречи.

Специалист: «Госпожа Х, добро пожаловать! С какими новостями пожаловали? Но, для начала позвольте спросить, мне кажется, или вы немного похудели?».

Пациентка: «Доброе утро, доктор, на целых 2 килограмма! Я перестала кушать поздно вечером, начала употреблять в пищу больше овощей, нежирные молочные продукты и некоторые фрукты, которые я могу кушать, не беспокоясь ни о чем! Я не сделала всего того, что запланировала, но, тем не менее, это шаг вперед! И вы знаете, доктор, это не просто мнение, мне действительно стало легче двигаться».

1. Специалист подтверждает успех, подпитывает мотивацию, предлагает поддержку.

Специалист: «Действительно, заметно! В первую очередь, вы сделали этот шаг! И потом, я думаю, что тот факт, что вы уже увидели результаты – вы похудели и чувствуете себя лучше, мотивирует вас продолжать в том же духе!».

Пациентка: «Да, доктор, сейчас, когда я поняла, что это не так сложно, как я себе представляла, я хочу продолжить! Все дело лишь в том, чтобы придерживаться графика и немного думать о себе. И с тех пор, как я начала питаться в определенные часы, похоже, что в моей жизни стало больше порядка!».

2. Специалист помогает выявить внутренние и внешние ресурсы.

Специалист: «Отлично! Госпожа X, что, по вашему мнению, помогает вам больше всего в ваших усилиях улучшить свое питание и похудеть?».

Пациентка: «Ну, вся семья поддерживает меня, когда я иду к своей дочери, в холодильнике я нахожу почти только те продукты, которые могу съесть и я. Дочь сказала мне, что это никому не навредит, если вся семья будет питаться здоровой пищей! И потом, эта программа, которую я себе составила и выбрала ... Как будто я соревнуюсь с собой, чтобы доказать, что я могу!».

Специалист: «Госпожа X, ваши усилия достойны похвалы! Как вы смотрите на то, чтобы немного больше двигаться для самой же себя, а не для дома и семьи, потому что я знаю у них вы много двигаетесь?!».

Пациентка: «Вы знаете, я думала об этом. Моя дочь живет в двух районах от меня, и я подумала: а что если я прогуляюсь до нее пешком? Это займет у меня не более получаса, но я могу сделать это для себя!».

Специалист: «Очень хорошо – движение поможет вам быть в хорошей форме и поможет вам похудеть. Сердце, нервная система улучшатся. И дыхание станет лучше!».

Пациентка: «Большое спасибо, доктор, ваша поддержка мне очень помогает!».

Мы можем заметить, что по мере того, как пациент делает шаги по изменению своего поведения, встречи с медработником становятся все короче и короче, и сосредоточены на стратегии, которой необходимо следовать, особенно на выявлении внутренних ресурсов и сохранении полученных преимуществ в целях закрепления нового поведения и предотвращения рецидива.



Е. Для пациента, находящегося на стадии сохранения изменения

Встреча специалиста и пациентки происходит спустя еще один месяц.

1. Специалист оценивает успех и мотивацию.

Специалист: «Здравствуйте, госпожа Х. Как вы сегодня себя чувствуете?».

Пациентка: «Чувствую себя лучше, я чувствую себя похудевшей, доктор, я сбросила еще один килограмм! Я хотела бы и больше, но и так хорошо! Я стала больше двигаться и чувствую себя намного».

го лучше! Я также делаю успехи в вышивке, мой гобелен почти готов!».

Специалист: «Госпожа X, ваши усилия вознаграждаются! Вы изменили свой рацион, больше ходите пешком, изменения уже произошли. А весы показывают, что вы на самом деле весите на 3,5 кг меньше, чем 2 месяца назад!».

2. Специалист оценивает соблазн и решения; подтверждает полученное преимущество.

Специалист: «Сейчас важно сохранить изменения. Скажите, пожалуйста, испытывали ли вы соблазн поужинать поздно вечером или перекусить сладкого ...».

Пациентка: «Честно говоря, было – в один вечер, но потом я поняла, что не чувствую себя лучше после того, как поем. Я никогда не относилась к себе так критично, но и моя сила воли будто повисилась!».

Специалист: «Как вы думаете, как вы поступите, когда, к примеру, поздно вечером вы почувствуете необходимость поесть?».

Пациентка: «Признаться честно, доктор, мне помогла моя дочь! Сейчас, с приходом зимы, я стала меньше ходить пешком, поэтому она подарила мне велотренажер, и я начала на нем заниматься! Однажды, когда мне хотелось поесть вечером, я спросила себя: а что если я немного позанимаюсь на велотренажере? И мой голод прошел!».

Специалист: «Госпожа X, кажется, вы сами нашли способ, как не поддаваться соблазну! Вы должны знать, что в процессе у вас будут развиваться другие привычки, которые станут обыденным делом. И даже если случится такое, что вы будете кушать поздно вечером, важно, чтобы это случалось редко, и чтобы вы чувствовали, что это больше не является привычкой! Диета и движение очень важны для вас, они помогают вам сохранить здоровье! Я поддерживаю вас в ваших решениях и не забывайте, что каждый раз, когда вы захотите поговорить со мной, мы можем назначить встречу, как и все предыдущие».

Пациентка: «Спасибо за вашу поддержку, и я надеюсь, с Божьей помощью, мне удастся сохранить и продолжить то, что я начала!».

3.2. Пациент с хронической ишемической болезнью сердца, курильщик, работает в условиях интеллектуального стресса. Цель мотивационного интервью: активация мотивации к отказу от курения и снижению стресса

А. Для пациента, находящегося на стадии отсутствия заинтересованности

1. Специалист сначала устанавливает связь с пациентом, аналогично тому, как это происходит в условиях обычной консультации. Даже если врач и пациент знакомы друг с другом, и именно по этой причине, специалист должен восстановить связь с пациентом, чтобы провести мотивационное интервью в рамках встречи.

Специалист: «Здравствуйте, господин Г., присаживайтесь. Как ваши дела? В прошлый раз, когда мы виделись, вы сказали, что хотели бы сменить работу ...».

Пациент: «Да, доктор, я собирался это сделать, но так и не сделал шаг в этом направлении. Зарплата на новой работе небольшая, стресс такой же как и на нынешней, а расстояние до дома значительно больше, и тем более, учитывая свои ограниченные физические возможности и состояние своего сердца, я сказал себе, что не буду делать из этого подвиг...».

Специалист: «Понимаю. Как ваше сердце? В последний раз мы встречались 3 недели назад, когда я вам порекомендовал лечение для стенокардии и когда мы немного поговорили о вашем образе жизни...».

Пациент: «Что я могу сказать, вроде получше, больше не появляется та раздирающая боль в горле и груди, и да – я стал внимательнее относиться к стрессу, ведь вы сказали мне следить за этим, и так и есть – боль появлялась особенно после того, как я подвергался стрессу...».

Специалист: «Значит, вы увидели связь между появлением боли в горле и в груди и стрессом. Тогда я также говорил о курении, и вы сказали, что хотели бы узнать больше о том, как курение влияет на вашу проблему здоровья, поэтому я пригласил вас сюда сегодня».

Пациент: «Да, я хотел узнать больше о влиянии курения, и вы, вероятно, думаете, что мне следует больше беспокоиться о том, что я должен бросить курить, но у меня это не получается! Это единственное утешение – особенно на работе, где темп очень интен-

сивный, я с трудом «доживаю» до перерыва, чтобы выкурить сигарету. И потом – все мои друзья курят, и мы как будто становимся ближе друг к другу, когда вместе выходим покурить...».

2. Специалист принимает сопротивление пациента и размышляет над аргументами, из-за которых пациент не хочет бросать курить.

Специалист: «Я понимаю, что курение – это убежище для снятия стресса и в то же время средство общения с друзьями. Если вы думаете, что у вас все-таки есть повод для беспокойства, мы можем об этом поговорить».

Пациент: «Ну, все дело в сердечных приступах, в стенокардии, которая пугает меня, и в стрессе, который я испытываю. Но вы знаете, именно здесь курение и помогает мне, и поэтому я даже не могу думать о том, чтобы бросить».

3. Специалист подчеркивает несоответствие между поведением пациента и его переживаниями.

Специалист: «Это значит, что до тех пор, пока вы находитесь в состоянии стресса, курение будет частью вашей жизни, независимо от того, насколько вы беспокоитесь о своих сердечных приступах ...».

Пациент: «Нет, я должен что-то сделать, только я не могу представить свою жизнь без сигарет! Не могу и все!».

4. Специалист использует стиль СОПЕРЕЖИВАНИЯ, чтобы узнать больше о трудностях пациента, и задает открытый вопрос.

Специалист: «Не могли бы вы рассказать мне больше об этой способности, которую вы чувствуете, когда думаете о том, что вам придется бросить курить?».

Пациент: «Ну, я хотел бросить, и даже не курил в одни выходные, около двух лет назад, но это было ужасно, когда наступил понедельник, я был настолько взвинчен, что накинулся на пачку сигарет и выкурил ее практически в один присест».

5. Специалист размышляет над тем, что сказал пациент, и продолжает задавать открытые вопросы, чтобы определить уровень его мотивации.

Специалист: «Понимаю. Чем больше стресс, тем больше вы чувствуете необходимость курить. О чем вы думаете, когда это происходит?».

Пациент: «Что я сам себя обманываю и, как будто, я наказываю себя, потому что знаю, что курение причиняет мне вред».

6. Специалист снимает чувство вины с пациента и с его разрешения сообщает ему о преимуществах внесения изменений.

Специалист: «Я понимаю, что вы используете курение как средство нейтрализации стресса, чтобы замаскировать свои эмоции, и это совершенно естественно искать облегчения, когда у вас стресс. Но позвольте мне сказать вам, что это ложная стратегия для снятия стресса при помощи табака. Я мог бы рассказать вам о некоторых методах борьбы со стрессом, которые неразрывно связаны с сокращением количества сигарет, для начала. Что вы думаете по этому поводу?».

Пациент: «Звучит интересно! Конечно, хочу!».

Специалист: «Вот некоторые материалы, которые я хотел бы показать вам, по снятию стресса, некоторые техники расслабления, некоторые физические упражнения и, конечно же, продолжение лечения, которое я рекомендовал вам для сердца. Вот и Руководство пациента со стенокардией. Итак, как я уже вам говорил ...».

Пациент: «Я люблю спорт и бегал задолго до того, как у меня начались проблемы с сердцем; сейчас я уже не бегаю».

Специалист: «Не нужно отказываться от физических нагрузок – стресстест показал, что вы можете умеренно заниматься физическими упражнениями, не причиняя вред вашему сердцу, и можете использовать другой способ двигаться. Ходьба, лечебная гимнастика, возможно, даже велотренажер ...».

7. Специалист завершает встречу гипотетическим открытым вопросом, чтобы активировать мотивацию пациента и планирует повторную встречу.

Специалист: «Итак, мы обсудили некоторые возможные решения, и когда мы встретимся в следующий раз, мы можем обсудить более подробно, в том числе и курение. Я попрошу вас записать вопросы, которые возникают у вас во время чтения материалов, которые я вам дал. Я жду вас после того, как вы прочитаете материалы – в любом случае мы еще увидимся на консультации».

Пациент: «Спасибо большое, я очень внимательно читаю».

В. Для пациента, находящегося на стадии размышления

Давайте проследим за диалогом между теми же героями, спустя 3 месяца...

1. Восстановление связи через сопереживание.

Специалист: «Добрый день, господин Г. Как поживаете? Как вы себя чувствуете в последнее время?».

Пациент: «Немного спокойнее, и я думал о том, что вы сказали. Я прошел лечение, прочитал материалы и чувствую, что могу подумать о спорте как о возможности избавиться от стресса. С сигаретами все также, но похоже, что стресс немного уменьшился ...».

2. Специалист устанавливает план встречи и просит разрешение продолжить обсуждение вопроса об отказе от курения.

Специалист: «Как мы установили в прошлый раз, сегодня мы поговорим более подробно о курении. Вы подумали об этом?».

Пациент: «Да, я действительно подумал. С одной стороны, мне кажется, что я начинаю хотеть бросить курить, но моя рука автоматически тянется к пачке...».

3. Специалист определяет уровень мотивации пациента по отношению к отказу от курения.

Специалист: «Давайте разберемся:

D. По шкале от 1 до 10, где 1 означает «Совсем нет», а 10 – «Очень сильно», насколько сильно вы хотите бросить курить? (запишите ответ).

E. По шкале от 1 до 10, где 1 означает «Совсем нет», а 10 – «Очень сильно», насколько вы уверены в своей способности бросить курить? (здесь также запишите ответ).

Пациент: «Допустим, в первом вопросе мой балл составит около 6, а во втором вопросе – 4-5».

Специалист: «Насколько я вижу, желание бросить курить у вас больше, чем способность ...».

4. Специалист изучает амбивалентность пациента, анализируя его аргументы за и против курения.

Специалист: «Я предлагаю вам записать на листе минусы и плюсы курения. Вы согласны?».

Пациент: «Да, конечно».

Специалист: «Давайте немного обсудим эту схему. Давайте составим список плюсов и минусов, как написано здесь. Что вы думаете по этому поводу?».

(Специалист позволяет пациенту раскрыть аспекты, соответствующие каждому разделу)

Плюсы курения	Менее положительные стороны курения
Менее положительные стороны отказа от курения	Плюсы отказа от курения

5. Специалист повторно определяет уровень мотивации пациента.

Специалист: «После того, как мы увидели все варианты, что может повысить вашу уверенность в том, что вы сможете бросить курить? Как немного увеличить балл с 4-5 до более высокого балла?».

Пациент: «Я думаю, что преимущества, которые мы обсуждали. Тот факт, что я могу чувствовать себя лучше и что отказ от курения может оказать положительное влияние на мое сердце. А если я буду чувствовать себя лучше, то мог бы испытывать меньше стресса».

6. Специалист призывает пациента выбрать один вариант и определяет готовность пациента.

Специалист: «Отлично. Значит вы можете подумать, как это сделать, если хотите. С чего вы собираетесь начать?».

Пациент: «С отдыха и спорта; в прошлый раз вы дали мне эти материалы, и я подумываю пойти в зал на пилатес – там можно совместить и то, и другое! Это спортзал, недалеко от дома. Пока я буду в зале, я не смогу курить, и тогда я буду чувствовать себя лучше на работе».

Специалист: «Когда вы думаете, что смогли бы внести эти изменения?».

Пациент: «Через две недели я буду свободнее на работе, и до того времени, я запишусь в спортзал».

Специалист: «Очень хорошо! Я предлагаю вам снова увидеться через месяц, чтобы вы рассказали мне, какие шаги вы предприняли и как вы себя чувствуете ...».

С. Для пациента, находящегося на стадии подготовки

Мы присутствуем на встрече между специалистом и пациентом спустя месяц.

Специалист: «Здравствуйте, господин Г., добро пожаловать! Какживаете? Что нового?».

Пациент: «Скажем, немного лучше. Я начал ходить в спортзал и научился лучше расслабляться».

Специалист: «Это хорошо. Я так понимаю, сейчас вы себя чувствуете менее напряженным?».

Пациент: «Да, действительно. Я увидел, как веду себя на работе – я как будто стал легче относиться к вещам, и уже около недели выкуриваю менее одной пачки в день, не прилагая при этом больших усилий».

1. Специалист определяет уровень мотивации пациента.

Специалист: «Вы думали о той шкале от 1 до 10? Как у вас обстоят дела с баллом в отношении отказа от курения?».

Пациент: «Я думаю, что сейчас мой балл 8».

Специалист: «А с уверенностью?».

Пациент: «Может быть около 7. Я думаю, что теперь я мог бы сделать шаг. В эти выходные я запланировал вообще не курить, чтобы посмотреть, смогу ли я и как при этом буду себя чувствовать. На работе я не испытываю стресс, может быть, у меня получится».

2. Специалист оценивает решение, согласовывает план, подтверждает личные действия пациента.

Специалист: «Это прекрасная идея начать на выходных! Вы не будете подвержены такому стрессу, как на работе, и сможете больше расслабиться! И как вы решили поступить в дальнейшем?».

Пациент: «Ну, если мне удастся выкуривать на 4-5 сигарет меньше в неделю, а в выходные – заняться чем-нибудь другим, чтобы у меня не было времени думать о курении, я думаю, что смогу».

добиться определенного прогресса, особенно с учетом того, что я снова начал заниматься спортом, и я надеюсь, что не сорвусь ...».

Специалист: «Мне кажется это очень разумным, и я поздравляю вас с этим планом! Вы знаете, что, если вы решите бросить курить, вы можете использовать никотиновые пластыри, также есть спрей, которые облегчат ваше состояние. Теперь давайте немного поговорим о лечении, которое я вам порекомендовал – расскажите, пожалуйста, как с этим у вас обстоят дела (...)».

Пациент: «Я принимаю лечение так, как вы мне его порекомендовали, и я вполне удовлетворен тем, что у меня не было приступов (...)».

Специалист: «Хорошо. Я приглашаю вас увидеться через месяц, и тогда мы подведем итоги».

D. Для пациента, находящегося на стадии действия

Следующая встреча проходит через месяц с момента последней встречи.

Специалист: «Здравствуйте, господин Г. Присаживайтесь. Как дела?».

Пациент: «Добрый день, спасибо, намного лучше».

Специалист: «Какие у вас новости?».

Пациент: «Я думаю, что хорошие, я стал меньше курить – я сократил количество сигарет до 7-8 в день. Раньше я курил больше половины пачки в день (в хорошие дни). Я доволен».

1. Специалист подтверждает успех, подпитывает мотивацию, предлагает поддержку.

Специалист: «Я считаю, что это очень хороший результат – 7 сигарет в день. Практически вы сократили количество выкуриваемых сигарет в четыре раза! Я также думаю, что ваше желание и уверенность в том, что вы сможете бросить курить, увеличились!».

Пациент: «Да, я тоже так думаю. Я не смог сократить количество сигарет настолько, как хотел бы, но я просто не хотел форсировать события».

2. Специалист помогает выявить внутренние и внешние ресурсы.

Специалист: «Скажите, господин Г., что вам больше всего помогло сократить количество выкуриваемых сигарет?».

Пациент: «Мысль о том, что, если я не уменьшу их сейчас, когда я все еще хорошо себя чувствую, то позже мне будет сложнее это сделать. И потом, я увидел, что стал чувствовать себя лучше, мне стало легче дышать, и тогда будто моя сила воли усилилась».

Специалист: «Это очень хорошо. Повысил ли тот факт, что вам удалось достичь определенных результатов, вашу уверенность в том, что вы сможете внести изменение! Как вы планируете действовать дальше?».

Пациент: «Я буду продолжать то, что начал, и я думаю, что попробую те никотиновые пластыри».

Специалист: «Хорошо, тогда я жду вас на следующей неделе, чтобы провести повторную оценку состояния вашего сердца, и, пожалуйста, держите меня в курсе дела по поводу ваших результатов отказа от курения. Вы находитесь на правильном пути!».

Пациент: «Спасибо за поддержку. Всего наилучшего!».

Е. Для пациента, находящегося на стадии сохранения изменения

1. Встреча происходит спустя 3 месяца; специалист оценивает успех и мотивацию.

Специалист: «Здравствуйте, господин Г., я пригласил вас, чтобы мы обсудили прекрасные результаты, о которых вы говорили на консультации».

Пациент: «Доктор, я действительно уже как месяц не курю. Каждую неделю я постоянно сокращал количество сигарет на одну, а на последней неделе я сильно волновался, но все обошлось! Мне также помогли те никотиновые пластыри, но самое главное, что я чувствую себя спокойнее. Моя семья мне тоже очень помогла, и у меня появился большой стимул благодаря вашей поддержке. Это имело большое значение!».

Специалист: «Все-таки это вы сделали шаг, это значит, что вы действительно хотели внести изменения!».

Пациент: «Было трудно решиться на это, но я увидел, что стал лучше себя чувствовать после того, как сократил количество выкуриваемых сигарет, поэтому я и продолжил в том же духе. Я становлюсь старше, и я должен был что-то изменить, пока не стало слишком поздно!».

2. Специалист оценивает соблазн и решения; подтверждает полученное преимущество.

Специалист: «Скажите, пожалуйста: испытывали ли вы соблазн покурить?».

Пациент: «Честно говоря, соблазн был, в первый день без сигареты! Но потом я понял, что это привычка, а не необходимость, и мне удалось устоять. После этого мне становилось все легче и легче. Тем более, что те приступы стенокардии не появлялись еще около 2 месяцев».

Специалист: «Думали ли вы о том, как вы поступите, если в какие-то дни у вас появится желание покурить?».

Пациент: «Я позвоню вам! (я пошутил). Да, я думал об этом. Сначала я подумал о недостатках – я подумал, что все мои друзья, которые курят, станут меньше общаться со мной, но они поздравили меня и сказали, что я являюсь примером, что они тоже подумывают сделать этот шаг! На работе, когда я становлюсь более напряженным, я делаю паузу и несколько глубоких вдохов. И моя жена очень счастлива и поддерживает меня».

Специалист: «Я рад и поздравляю вас с этим успехом. Остаемся на связи, я жду вас на контроле».

Пациент: «Спасибо вам».

* * *

Применение метода мотивационного интервью можно адаптировать к любой ситуации, которая подразумевает необходимость изменения образа жизни пациента с хроническим заболеванием. Важно, чтобы специалист запланировал провести несколько индивидуальных встреч с пациентом, чтобы помочь ему определить не только амбивалентность, но и мотивацию к изменению, ресурсы и готовность взять на себя ответственность за изменение. Сопереживая пациенту, не вынося никаких суждений или указаний, специалист может направить пациента и помочь ему раскрыть внутри себя основные ресурсы, силу воли и настойчивость, чтобы он смог приступить к изменению и сохранить новое поведение с целью улучшить состояние своего здоровья.

II.2. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА В РАМКАХ КОЛЛЕКТИВНЫХ (ГРУППОВЫХ) СЕССИЙ

Обучение пациентов самопомощи на групповых сессиях направлено на получение знаний, навыков и отношения, благодаря которым пациенты смогут разработать стратегии для решения проблем в ситуациях, с которыми они сталкиваются на фоне своих хронических заболеваний, чтобы сознательно взять на себя ответственность за заботу о собственном здоровье.

1. ЭТАПЫ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ГРУППОВЫХ СЕССИЙ

Существует несколько этапов успешного проведения сессий обучения пациентов с хроническими заболеваниями по вопросам здоровья:

- А. Определение целевой группы:** могут быть отобраны и приглашены пациенты с определенным типом заболевания, с определенными симптомами или находящиеся на определенной стадии заболевания. Идеально будет сформировать группы из 6-8 пациентов с одинаковым заболеванием, находящихся на одинаковых стадиях развития заболевания. Чем более однородна группа, тем больше растет мотивация участников к изменению, поскольку они могут поддерживать друг друга и сочувствовать друг другу. Тем не менее, неоднородные группы пациентов с одним и тем же заболеванием, но разного возраста / находящихся на разных стадиях развития заболевания также приветствуются, поскольку они могут обмениваться опытом и ресурсами. Во время обычной консультации, можно заранее раздать этим пациентам опросник с несколькими вопросами, чтобы узнать их ожидания от программы обучения.
- В. В команду, которая проводит программу обучения,** могут входить семейный врач, медсестра из сферы семейной медицины, врач-специалист, другие специалисты, играющие важную роль в обучении пациента (диетолог, кинетотерапевт, специалист по трудотерапии и др.). Важно, чтобы команда прошла, по крайней мере, неформальную подготовку по обучению в области соответствующего заболевания, а также в области обучения взрослых, чтобы уметь структурировать и проводить обучающие сессии для пациентов.
- С. Определение концепции курса:** цель, применяемая стратегия, распределение мероприятий по циклам и сессиям. В зависимости от типа заболевания и его характеристик могут быть установлены основные темы (см. таблицу), а также количество необходимых сессий.

- D. Организация и планирование сессий:** 1 сессия/в неделю или в 2 недели, всего 4-5 сессий, продолжительность: 1 час 30 минут – 2 часа.
- E. Составление бюджета и определение ресурсов** для оборудования зала и материально-технического обеспечения (видеопроектор, компьютер, флипчарт, маркеры), разработка необходимых материалов: пособий, эскизов, рисунков, постеров, карт для обучения, упражнений и т.д.
- F. Темы, выбранные для каждой сессии,** можно планировать заранее, но порядок, в котором они будут рассматриваться, может быть установлен в соответствии с потребностями группы/участников, которые в приоритетном порядке нуждаются в разъяснениях и поощрении по определенным пунктам, которые так или иначе будут рассматриваться в ходе сессий.
- G. Как набирать/приглашать пациентов,** которые будут участвовать в программе: объявление о курсе в кабинете врача, информирование пациентов на дому, по телефону, по почте/электронной почте, в случае информационных сессий, предназначенных для более широкой целевой группы – продвижение программы обучения может проводиться в обществе, в местах, доступных для пациентов (аптеках, продуктовых магазинах, офисах, школах, больницах, церкви и т.д.).
- H. Мероприятия и каждая сессия проводятся с соблюдением принципов обучения взрослых,** то есть проблемы и вопросы участников рассматриваются интерактивным путем при их непосредственном участии, а построение сессии основывается, прежде всего, на обмене опытом в управлении хроническим заболеванием и на вкладе участников, которые, таким образом, имеют возможность обдумать, сделать выводы, сделать выбор в пользу здорового образа жизни.
- I. Каждая сессия начинается с определения потребностей в обучении по предложенным темам,** а в конце каждой сессии участникам раздают опросник для окончательной оценки эффективности семинара (в которых они высказывают свое мнение о степени удовлетворения ожиданий, о качестве/количестве/достоверности полученной информации, о динамике группы и языке, который использовал инструктор, о степени удовлетворенности от достижения целей по каждой теме отдельно). От одной сессии к другой, проводится оценка приобретенных и уже применяемых на практике знаний и навыков.
- J. После завершения программы обучения,** в течение некоторого времени за пациентами наблюдают, чтобы определить преимущества изменения их образа жизни, повышения приверженности лечению, улучшения клинических и параклинических результатов, наступившие после окончания программы обучения самопомощи. Можно применять опросники через 6 месяцев после завершения программы, дополнив их данными текущих консультаций и результатами параклинических исследований.

2. ТЕМЫ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ В РАМКАХ ГРУППОВЫХ СЕССИЙ

Основные ТЕМЫ, которые могут быть затронуты в рамках цикла обучающих сессий для пациентов по самопомощи (в целом, для любого заболевания):

Знания	Способности	Отношение
Информация о хроническом заболевании и о потребностях пациента.	Выявление собственных потребностей в отношении здоровья в контексте хронического заболевания.	Открытость, принятие, терпение.
Реакции организма, признаки, симптомы; элементы диагностики и прогноза.	Мониторинг и управление симптомами, определение ограничений, естественное развитие заболевания.	Внимание, доступность, настойчивость.
Виды назначенного лечения, эффекты, побочные реакции, дозировка в соответствии с терапевтическими рекомендациями.	Управление лечением для ослабления симптомов, а также возможных побочных эффектов.	Доверие, внимание, настойчивость.
Важность изменения поведения для улучшения состояния здоровья и снижения риска осложнений.	Изменение диеты и режима питания, отказ от курения/алкоголя, увеличение доли физических упражнений, снижение стресса; конкретные стратегии, принятие мер по предотвращению осложнений.	Мотивация, ответственность, смелость, решительность.
Управление эмоциями	Понимание своих эмоций; управление чувством вины, шоком от новостей о диагнозе или прогнозе.	Восприятие, рассудительность, Спокойствие.
Доступные ресурсы: субъекты системы здравоохранения. Социальная и семейная поддержка.	Как общаться с медицинским персоналом и сотрудничать в процессе принятия наиболее подходящих решений; выявление способов поддержки со стороны семьи и друзей, сообщества, развитие проактивного поведения во избежание изоляции.	Дисциплина, терпимость, асертивность, доверие.
Выявление собственных биологических, психологических, духовных ресурсов для улучшения состояния здоровья.	Развитие креативности, усвоение опыта, накопленного на фоне заболевания, с умом и твердостью характера, поддержание позитивной самооценки и сохранение надежды, асертивность в поддержке своих выявленных потребностей.	Принятие, креативность, чувство собственного достоинства, доверие, вера, асертивность.

Адаптация к заболеванию	Выявление изменений, произошедших на уровне физиологических функций организма, на уровне тела; управление неуверенностью, разочарованием, безнадежностью, депрессией, сосредоточение внимания на ресурсах, принятие ограничений, превращение лишений в возможности.	Позитивность, смелость, надежда, оптимизм.
Переоценка собственных приоритетов	Как пересмотреть свои приоритеты и ожидания, как заново открыть для себя мотивацию жить и управлять хроническим заболеванием.	Поиск смысла, восстановление внутренней силы.

3. ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ САМОПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исследования показывают, что обучение самопомощи пациентов с сахарным диабетом 2 типа привело к улучшению клинических результатов, образа жизни и улучшению его психосоциального статуса. Тем не менее, для поддержки обучения самопомощи пациентов с сахарным диабетом, медицинскому персоналу также следует пройти минимальное обучение, для эффективного содействия передаче информации, навыков и отношения пациенту и, конечно же, для активации его мотивация взять на себя ответственность за заботу о собственном здоровье.

Международная Федерация Диабета разработала в 2015 году набор **международных стандартов**, чтобы специалисты могли по-настоящему стать преподавателями для своих пациентов. Данные международные стандарты были сгруппированы следующим образом:

- A. Стандарты структур**, направленные на организацию, координирование и проведение программ для пациентов.
- B. Стандарты процесса**, направленные на разработку целей обучения в соответствии с потребностями пациентов в обучении, а также для планирования, реализации и оценки сессий.
- C. Стандарты содержания**, занимающиеся основными вопросами, которые затрагиваются в рамках обучающих сессий: профилактика сахарного диабета, диагностика, острые и хронические осложнения, обучение пациентов, сахарный диабет во время беременности и, в случае других патологических состояний, дополнительные и альтернативные методы лечения, роль исследований и исследования на основе доказательной медицины.
- D. Стандарты оценки** специалистов, которые будут предоставлять услуги обучения для пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

4. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ТЕМЫ ОБУЧАЮЩИХ СЕССИЙ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

4а. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА

4б. ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

4а. ТЕМЫ ОБУЧАЮЩИХ СЕССИЙ, предназначенных для пациентов с САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Что касается содержания, которые могут быть рассмотрены командой врачей при обучении пациентов самопомощи, то они могут быть выбраны с учетом специфики целевой группы, включенной в программу, и на основании рекомендаций Международной Федерации Диабета, а также Учебного пособия для взрослых, больных сахарным диабетом 2 типа, разработанного в рамках проекта «Здоровая жизнь»:

1. О профилактике, факторах риска, осложнениях сахарного диабета.
2. Об элементах симптоматики, патофизиологии, диагностики и прогноза сахарного диабета, которые можно объяснить пациентам на уровне их понимания.
3. Роль пациента в мониторинге его состояния (гликированный гемоглобин – HbA1c, артериальное давление и липиды крови, мониторинге уровня глюкозы в крови, возможно, наличие кетоновых тел в моче).
4. Влияние сахарного диабета на состояние пациента в случае патологических состояний, операций, религиозных постов и т.д., консультирование будущих мам, у которых уже диагностирован сахарный диабет.
5. Благоприятное влияние физических упражнений на течение сахарного диабета, особенности, показания, ограничения, а также влияние отказа от курения/алкоголя и уменьшение стресса.
6. Влияние питания на течение сахарного диабета: виды продуктов, качество и количество, регулярность приема пищи, режим питания (без стресса), потребности пациентов в питании; важность потери веса у пациентов с избыточным весом.
7. Роль медикаментозного лечения в снижении уровня глюкозы в крови, виды лекарственных препаратов, показания, побочные эффекты, противопоказания, роль и тактика инсулинотерапии, альтернативные методы лечения.
8. Признаки и симптомы острых и хронических осложнений и тактика пациента в этих случаях: гипогликемия, гипергликемия, кетоацидоз, диабетическая ретинопатия, диабетическая нейропатия и диабетическая

стопа, почечная недостаточность, сердечно-сосудистые нарушения, половая дисфункция и др.

9. Влияние сахарного диабета на эмоциональный и психологический статус пациента, забота о качестве жизни и улучшение образа жизни, изменение поведения, элементы консультирования.
10. Определение уровня мотивации пациента, чтобы произвести изменение образа жизни для улучшения его физического, психического и эмоционального состояния.

4в. ТЕМЫ ОБУЧАЮЩИХ СЕССИЙ, предназначенных для пациентов с ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Темы обучающих сессий, предназначенных для пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, могут быть основаны на Руководстве пациента со стенокардией, разработанном в рамках проекта «Здоровая жизнь»:

1. О профилактике, факторах риска, осложнениях хронической ишемической болезни сердца.
2. Об элементах симптоматики, патофизиологии, рутинных обследованиях, анализах и дополнительных исследованиях для установления диагноза и прогноза хронической ишемической болезни сердца, которые можно объяснить пациентам на уровне их понимания.
3. Роль пациента в мониторинге и улучшении его состояния (боль/дискомфорт при стенокардии, характеристики боли, поведение при появлении боли).
4. Характеристика различных видов стенокардии и дифференциальная диагностика с инфарктом миокарда.
5. Важность лечения при стенокардии: виды лекарственных препаратов, показания, побочные эффекты, противопоказания, роль инвазивного лечения.
6. Образ жизни пациента с хронической ишемической болезнью сердца: важность отказа от курения, контроль артериального давления, сахарного диабета.
7. Благоприятное влияние физических упражнений на хроническую ишемическую болезнь сердца: особенности, показания, ограничения, а также здоровое питания и уменьшение стресса.
8. Повседневная жизнь со стенокардией (ежедневные физические нагрузки, роль семьи, друзей, коллег; работа, отдых, сексуальная активность, вождение, путешествия и отдых, депрессия).
9. Важность прохождения медицинского контроля у кардиолога для мониторинга состояния здоровья и срочной консультации.

5а. ДИНАМИКА СЕССИЙ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ САМОПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

В качестве примера, мы представляем интегрированную модель, включающую в себя 5 сессий для пациентов с сахарным диабетом, которой могут воспользоваться семейный врач и семейная медсестра; они также могут пригласить на определенные сессии диетолога и специалиста по сахарному диабету.

Сессии могут проводиться с интервалом в 1-2 недели или максимум в один месяц, чтобы дать возможность пациентам интегрировать информацию и опыт, полученные в ходе семинара.

Сессия 1. Основная информация о сахарном диабете 2 типа. Принципы диагностики

Конкретные цели. В конце 1-ой сессии, пациенты с сахарным диабетом смогут:

1. Объяснить роль глюкозы и физиологическое действие инсулина в организме человека.
2. Объяснить причины возникновения сахарного диабета 2 типа.
3. Перечислить факторы риска развития сахарного диабета 2 типа.
4. Объяснить сущность ранней диагностики сахарного диабета 2 типа.
5. Перечислить отличительные признаки сахарного диабета.
6. Перечислить лабораторные исследования, необходимые для диагностики сахарного диабета 2 типа. и правильное их применение (базальная гликемия, постпрандиальная гликемия, тест на толерантность к глюкозе).
7. Объяснить важность проведения следующих исследований: исследование С-пептида, кетоновых тел в моче, гликированного гемоглобина.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность 90 мин.	Примечания
1	Презентация тренера и участников; правила работы в группе, предварительное тестирование знаний и навыков.	Групповое обсуждение, предварительный тест	20 мин.	Может быть представлена повестка дня всей программы.
2	Представление целей сессии и обозначение ожиданий пациента.	Презентация, групповое обсуждение	10 мин.	Можно отметить ожидания участников для финала сессии.

3	Выявление признаков, указывающих на наличие диабета.	Метод мозгового штурма	10 мин.	Собственные симптомы пациентов или те, о которых они слышали.
4	Баланс глюкозы в организме; роль инсулина, изменения, вызванные сахарным диабетом/причины сахарного диабета 2 типа/факторы риска. Раздача учебных материалов.	Презентация, видео, интерактивные обсуждения	15 мин.	Пример: Видео материал на Youtube «Insulin, glucose and you» (4 мин).
5	Лабораторная диагностика сахарного диабета 2 типа (базальная гликемия, постприандиальная гликемия, тест на толерантность к глюкозе), другие исследования.	Презентация и пазл.	15 мин.	Используются карточки с тест-полосками и карточки с нормальными значениями/значениями при сахарном диабете 2 типа.
6	Мониторинг с использованием акронима АТАС – А: HbA1c <7%, ТА: артериальное давление <140/90, С: холестерин (LDL) <100, определение уровня глюкозы в крови с использованием глюкометра, физиологические и патологические значения, вариации в зависимости от состояния пациента.	Презентация/ видео и ситуационная задача	15 мин.	Также раздаются карточки с физиологическими и патологическими значениями.
7	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии. Пациентов просят прочитать учебные материалы.	Групповые обсуждения	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Учебное пособие для взрослых, больных сахарным диабетом 2 типа, фрагменты пазла для упражнений, карточки и схемы осложнений, карточки мониторинга, видеоматериалы и т.д.

Сессия 2. Здоровый образ жизни

Конкретные цели. В конце 2-й сессии пациенты с сахарным диабетом смогут:

1. Объяснить компоненты здорового образа жизни для поддержания состояния равновесия при наличии сахарного диабета 2 типа.
2. Объяснить особенности здорового питания (количество и качество пищи, режим питания, регулярность приема пищи) для поддержания оптимального уровня глюкозы и массы тела.

3. Рассчитать ИМТ и измерить окружность живота.
4. Объяснить риск ожирения для здоровья.
5. Объяснить принципы режима питания для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
6. Объясните важность рекомендаций для физических упражнений и отказа от вредных привычек (курение, алкоголь и т.д.).

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность 90 мин.	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий пациента.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; определяются ожидания участников для финала сессии.
2	Компоненты здорового образа жизни, влияющие на гликемический баланс.	Метод мозгового штурма	10 мин.	Список элементов образа жизни доступен всем.
3	Представление принципов здорового питания, расчета ИМТ, измерения окружности живота и сопоставление результатов с таблицей из Учебного пособия для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.	Презентация и обсуждения	15 мин.	Карточки, схемы, учебное пособие, тематические исследования с ИМТ.
4	Выявление рисков ожирения для здоровья.	Метод мозгового штурма	15 мин.	Определяются также риски ожирения в целом.
5	Рекомендации из Учебного пособия для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа по физическим упражнениям и отказу от вредных привычек (курение, алкоголь и т.д.).	Презентации, подготовленные пациентами на основании Учебного пособия	15 мин.	Карточки, схемы, анкета, Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
6	Принципы питания для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.	Работа в малых группах, обсуждения в больших группах	20 мин	Тренер поддерживает группы в определении принципов.
7	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Групповые обсуждения	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Учебное пособие для взрослых, больных сахарным диабетом 2 типа, карточки/схемы/обучающие карты по режиму питания и т.д.

Сессия 3. Физические упражнения для контроля сахарного диабета

Конкретные цели. В конце 3-й сессии пациенты с сахарным диабетом смогут:

1. Объяснить роль физических упражнений для улучшения состояния здоровья.
2. Перечислить рекомендуемые виды упражнений, а также их продолжительность, время и частоту.
3. Сопоставить результаты контроля гликемии с видом и интенсивностью физических упражнений для конкретной ситуации.
4. Объяснить меры самоконтроля для предотвращения гипогликемий или гипергликемий.
5. Определить меры, которые можно предпринять в случае гипогликемии, возникшей после физических упражнений.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность 90 мин.	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий пациента.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксируются ожидания.
2	Преимущества физических упражнений – показания и ограничения, тест самооценки интенсивной физической активности.	Метод мозгового штурма	10 мин.	
3	Рекомендуемые виды упражнений – продолжительность, время и частота (Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа).	Презентации, подготовленные пациентами	20 мин.	Используются учебные материалы, Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.

4	Объяснение мер контроля гипогликемии и гипергликемии.	Интерактивная презентация	15 мин.	Настоятельно требуется повторение идей пациентами.
5	Сопоставление значений гликемии с интенсивностью физических упражнений в различных ситуациях.	Ситуационная задача	15 мин.	Представлены различные ситуации, из которых пациенты получают опыт.
6	Действия при гипогликемии.	Ситуационная задача	15 мин.	Представлены различные ситуации, из которых пациенты получают опыт.
7	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Групповое обсуждение	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Учебное пособие для взрослых, больных сахарным диабетом 2 типа, карточки/схемы/обучающие карты для физических упражнений, отказ от вредных привычек и т.д.

Сессия 4. Диета для людей с сахарным диабетом

Конкретные цели. В конце 4-й сессии пациенты с сахарным диабетом смогут:

1. Описать роль углеводов, белков, жиров, содержащихся в продуктах питания.
2. Объяснить рекомендуемое количество различных групп продуктов питания.
3. Описать этапы и рекомендации для низкокалорийного режима питания.
4. Выбирать продукты с низким гликемическим индексом для ежедневного меню.
5. Рассчитать количество потребляемых калорий (оценить энергетические потребности в зависимости от возраста и ежедневных физических нагрузок).
6. Рассчитать количество потребляемых углеводов (хлебных единиц) для различных продуктов питания.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность 2 часа	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий пациента.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксируются ожидания.
2	Общие понятия о белках, углеводах, липидах, об основных группах пищевых продуктов.	Презентация и групповое обсуждение	30 мин.	Каждый пациент читает карточку, Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
3	Низкокалорийный режим питания.	Работа в небольших группах	20 мин.	Тренер помогает выполнить задание.
4	Продукты с низким гликемическим индексом для ежедневного меню.	Презентация участников	20 мин.	Используется Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа и учебные материалы.
5	Оценка энергетических потребностей – количество употребляемых калорий.	Ситуационная задача	15 мин.	Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
6	Расчет количества употребляемых углеводов (хлебных единиц) для различных продуктов.	Ситуационная задача	20 мин.	Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
7	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Групповое обсуждение	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Учебное пособие для взрослых, больных сахарным диабетом 2 типа, карточки/схемы/обучающие карты для лечения, мониторинга и т.д.

Сессия 5. Пероральное лечение и методы самоконтроля при сахарном диабете 2 типа

Конкретные цели. В конце 5-й сессии пациенты с сахарным диабетом смогут:

1. Определить цели лечения противодиабетическими препаратами.
2. Объяснить необходимость соответствующей инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа.
3. Объяснить роль противодиабетических препаратов в лечении сахарного диабета.
4. Объяснить различные действия основных противодиабетических препаратов, механизм действия и способ применения, а также максимально допустимые дозы.
5. Определить ситуации, в которых необходимо изменить схему лечения.
6. Выявить группы препаратов с потенциальным риском гипогликемии.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность 90 мин.	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий пациента.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксируются ожидания.
2	Лечение для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа противодиабетическими препаратами.	Презентация и пазлы	35 мин.	Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа, карточки с названием препаратов и их действием.
3	Выявление противодиабетических препаратов с потенциальным риском гипогликемии.	Презентация участников	20 мин.	Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
4	Изменение схем лечения.	Тематические исследования	20 мин.	Тренер помогает участникам найти решения.
5	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Обсуждения в группе	15 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Учебное пособие для взрослых, больных сахарным диабетом 2 типа, карточки/схемы/обучающие карты и т.д.

Сессия 6. Острые и хронические осложнения сахарного диабета и их контроль

Конкретные цели. В конце 6-й сессии пациенты с сахарным диабетом смогут:

1. Объяснить причины возникновения острых и хронических осложнений сахарного диабета 2 типа.
2. Объяснить патофизиологические механизмы, лежащие в основе возникновения острых и хронических осложнений сахарного диабета 2 типа.
3. Определить органы и системы, которые поражаются при сахарном диабете.
4. Перечислить лабораторные исследования, необходимые для проведения скрининга и диагностики хронических осложнений.
5. Объяснить методы лечения и профилактики хронических осложнений сахарного диабета.
6. Объяснить важность самооценки и самоконтроля при сахарном диабете 2 типа.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность 90 мин.	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий пациента.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксируются ожидания.
2	Выявление острых и хронических осложнений сахарного диабета 2 типа.	Метод мозгового штурма	10 мин.	Тренер помогает группе выявить осложнения.

3	Патофизиологические механизмы для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.	Презентация и обсуждение в группе по Учебному пособию для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа	20 мин.	Интерактивное обсуждение с использованием Учебного пособия для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
4	Идентификация пораженных органов и систем.	Презентация участников	10 мин.	Используется карточки и Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
5	Лабораторные исследования и лечение в случае осложнений.	Презентация и обсуждение в группе по Учебному пособию	20 мин.	Интерактивное обсуждение с использованием Учебного пособия для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
6	Самопомощь и самоконтроль для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.	Метод мозгового штурма/ Презентация участников	30 мин.	Учебное пособие для лиц страдающих сахарным диабетом 2 типа.
7	Завершение обучающих сессий.	Групповое обсуждение, прохождение заключительного теста	20 мин.	Участвуют все.



Пример учебного материала: Обучающая карта по сахарному диабету 2 типа International Conversation Map™, разработанная Healthy Interactions в сотрудничестве с Международной федерацией диабета (IDF) www.journeyforcontrol.com/diabetes-educator/about-conversation-map/.

5b. ДИНАМИКА СЕССИЙ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ САМОПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В качестве примера мы представляем интегрированную модель, включающую в себя 5 сессий для пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, которой могут воспользоваться семейный врач и семейная медсестра; они также могут пригласить на определенные сессии специалиста-кардиолога.

Сессии могут проводиться с интервалом в 1-2 недели или максимум в один месяц, чтобы дать возможность пациентам интегрировать информацию и опыт, полученные в ходе семинара.

СЕССИЯ 1

Конкретные цели. В конце 1-й сессии пациенты с хронической ишемической болезнью сердца смогут:

1. Определить трудности и значение самопомощи, касающиеся хронической ишемической болезни сердца.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность	Примечания
1	Презентация тренера и участников, правил работы в группе. Предварительное тестирование знаний и навыков.	Групповое обсуждение	15 мин.	Может быть представлена повестка дня для всей программы.
2	Представление целей сессии и обозначение ожиданий пациентов.	Презентация, групповое обсуждение	10 мин.	Можно фиксировать ожидания для завершения сессий.
3	Выявление трудностей, наблюдаемые у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.	Метод мозгового штурма и обсуждения	15 мин.	Сохраняются для сравнения со способами решения этих трудностей.

4	Факторы риска и факторы, ухудшающие течение хронической ишемической болезни сердца.	Презентация и обсуждения	20 мин.	Заполняются после того, как пациенты высказываются.
5	Элементы пропедевтики, патофизиологии, рутинные исследования.	Презентация	25 мин.	Презентация содержит вопросы для пациентов.
6	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Обсуждения в группе	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Руководство пациента со стенокардией, презентация в формате ppt.

СЕССИЯ 2

Конкретные цели. В конце 2-й сессии пациенты с хронической ишемической болезнью сердца смогут:

1. Определить различия между типами стенокардии и приступом стенокардии.
2. Объяснить тактику, которую необходимо предпринимать в случае стенокардии.
3. Объяснить значение лечения стенокардии.
4. Объяснить роль здорового образа жизни при стенокардии.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий участников.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксируются ожидания.
2	Особенности течения различных типов стенокардии и инфаркта миокарда.	Презентация и обсуждение карточек	15 мин.	Карточки с примерами обсуждаются с пациентами.

3	Тактика, которую необходимо соблюдать при стенокардии и длительное медикаментозное лечение.	Презентация и обсуждения	15 мин.	Схемы, Руководство для пациента со стенокардией.
4	Роль здорового образа жизни при стенокардии.	Работа в небольших группах, групповое обсуждение	30 мин.	Важны терпение инструктора, эмпатическое отношение к изучению амбивалентности.
5	Выявление основных сложностей в процессе улучшения образа жизни.	Метод мозгового штурма и групповые обсуждения	15 мин.	Ситуации остаются доступными всем.
6	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Групповые обсуждения	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Руководство пациента со стенокардией, карточки/схемы/обучающие карты и т.д.

СЕССИЯ 3

Конкретные цели. В конце 3-й сессии пациенты с хронической ишемической болезнью сердца смогут:

1. Объяснить роль физических упражнений, а также отказа от курения/алкоголя и стресса для улучшения состояния здоровья.
2. Перечислить трудности, возникающие в процессе принятия здорового образа жизни в отношении физических упражнений и отказа от курения/алкоголя.
3. Определить собственную позицию с точки зрения мотивации для изменения образа жизни в пользу улучшения состояния своего здоровья.
4. Изучить персональные варианты возможных решений для принятия здорового образа жизни и мотивации для использования этих решений в повседневной жизни.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность	Наблюдения
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий участников.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксируются ожидания.
2	Физические упражнения: показания и ограничения, тест самооценки интенсивности физической активности.	Презентация и обсуждения, тест	20 мин.	Карточки, схемы, анкета, Руководство для пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
3	Влияние курения и алкоголя на течение стенокардии.	Обсуждения и презентации	20 мин.	Настаивается только в случае необходимости.
4	Выявление барьеров, препятствующих выполнению физических упражнений и отказу от курения/алкоголя; наличие амбивалентности – цена и выгода.	Работа в небольших группах, групповое обсуждение	30 мин.	Важны терпение инструктора, эмпатическое отношение к изучению амбивалентности.
5	Выявление решений для принятия физических упражнений и отказа от вредных привычек.	Метод мозгового штурма и групповые обсуждения	25 мин.	Решения остаются доступными.
6	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Групповые обсуждения	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Руководство пациента со стенокардией, карточки/схемы/обучающие карты для физических упражнений, отказ от вредных привычек и т.д.

СЕССИЯ 4

Конкретные цели. В конце 4-й сессии пациенты с хронической ишемической болезнью сердца смогут:

1. Объяснить роль питания в профилактике осложнений хронической ишемической болезни сердца.
2. Указывает основные способы уменьшения/облегчения стресса.
3. Объяснить другие меры, которые пациенты могут принять в повседневной жизни для предотвращения приступов стенокардии.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий участников.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксирование ожиданий.
2	Питание пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.	Презентация и обсуждения	15 мин.	Карточки, схемы, руководство
3	Определение трудностей, препятствующих выполнению физических упражнений и отказу от курения/алкоголя; наличие амбивалентности – цена и выгода.	Работа в небольших группах, обсуждение в группе	30 мин.	Значение терпения инструктора, эмпатического отношения к изучению амбивалентности.
4	Способы снятия стресса.	Метод мозгового штурма и обсуждения	20 мин.	Инструктор поддерживает мнения группы и может предложить решения.
5	Меры по минимизации рисков в повседневной деятельности.	Презентация и обсуждения	10 мин.	Инструктор основывается и на опыте пациентов.
6	Обобщение ключевых идей, заключительная оценка сессии.	Групповые обсуждения	5 мин.	Участвуют все.

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Руководство пациента со стенокардией, карточки/схемы/обучающие карты по питанию и т.д.

СЕССИЯ 5

Конкретные цели. В конце 5-й сессии пациенты со стенокардией смогут:

1. Определить собственные приоритеты и ожидания для лучшей адаптации к существующей хронической ишемической болезни сердца.
2. Определить собственные ресурсы и ценности, которые делают возможным применение борьбы со стрессом, физиологическими, психологическими, семейными и социальными проблемами, возникающими как следствие стенокардии.
3. Определить человеческие и материальные ресурсы семьи, бригады врачей, других пациентов (коллег), сообщества, которые могут помочь пациентам вернуть оптимальное физическое, психическое и душевное равновесие.
4. Разработать план по улучшению образа жизни и повышению приверженности лечению в целях улучшения состояния здоровья на последующие периоды времени: 1 месяц, 3 месяца, 1 год.

№ п/п	Деятельность	Метод	Продолжительность	Примечания
1	Краткий обзор ключевых идей предыдущей сессии; представление целей сессии и обозначение ожиданий участников.	Групповое обсуждение	10 мин.	Закрепляются знания, приобретенные в ходе предыдущей сессии; фиксируются ожидания.
2	Как стенокардия повлияла на их жизнь; приоритеты и ожидания для лучшей адаптации.	Работа в небольших группах	20 мин.	Инструктор с пониманием слушает и поддерживает пациентов.
3	Определение личных и внешних ресурсов (материальных, человеческих и т.д.) для решения проблем, возникающих в связи со стенокардией.	Метод мозгового штурма/ Работа в паре	20 мин.	Инструктор с пониманием слушает и поддерживает пациентов.
4	Разработка плана по улучшению образа жизни и повышению приверженности лечению; установление следующей встречи в ближайшие недели для оценки воздействия курса.	Работа в небольших группах. Презентация на пленарном заседании. Групповые обсуждения.	30 мин.	Инструктор с пониманием слушает и поддерживает пациентов.

5	Заключительная оценка программы.	Анкета и оценивание в группе	10 мин.	Инструктор призывает пациентов продолжить изменения.
---	----------------------------------	------------------------------	---------	--

Необходимые материалы: в зале – флипчарт с листами и маркерами, видеопроектор, компьютер.

Материалы, подготовленные инструктором: Руководство пациента со стенокардией, карточки/схемы/обучающие карты и т.д.

5. ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Для того, чтобы пациентам с хроническими заболеваниями было проще взять на себя ответственность за самопомощь, при разработке предназначенной для них программы обучения, необходимо соблюдать следующие принципы:

- A. Учитывать ценности и мнения пациентов, когнитивные, биологические, психологические и социальные аспекты, которые их характеризуют.
- B. Быть сосредоточенным как на передаче информации, так и на создании атмосферы доверия и безопасности, чтобы пациенты чувствовали, что их ценят и уважают.
- C. Основываться на использовании сильных сторон каждого человека, в зависимости от его навыков, ценностей, индивидуальной и культурной специфики.
- D. Дать пациентам возможность выразить свои потребности в обучении; это обеспечивает актуальность представленной информации и повышает мотивацию пациентов к улучшению образа жизни.
- E. При определении целей обучения, следует сосредоточиться на удовлетворении потребности пациентов в обучении, нацеленной на изменение поведения и повышение приверженности лечению.
- F. Посредством обучающих мероприятий, необходимо содействовать принятию тех решений, которые выявят способы решения проблем и помогут взять на себя ответственность за самопомощь.
- G. Предоставлять на протяжении всей программы поддержку для изменений, путем повышения осведомленности, преодоления трудностей и ограничительного поведения, принятия и разрешения амбивалентности, обнаружения внутренних ресурсов и принятия на себя обязательства по улуч-

шению образа жизни, развития силы воли и настойчивости для поддержания начатых изменений в лучшую сторону.

После завершения программы обучения пациентов самопомощи, через 2-6 месяцев можно провести оценку полученных результатов, либо посредством проведения интервью в офисе в рамках запланированной консультации, либо путем применения опросника, которая позволит определить степень усвоения целей программы.

Параллельно можно провести анализ динамики массы тела пациентов, значений артериального давления, а также значений гликированного гемоглобина не раньше, чем через 3 месяца после последней сессии, а также других параметров, отражающих улучшение состояния здоровья пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее *Руководство по эффективному общению с пациентом в целях изменения поведения, лечения и управления хроническими заболеваниями*, включает 2 раздела: **Раздел I. Прямое общение в рамках текущей консультации в офисе врача/дома у пациента**, и **Раздел II. Общение в рамках обучения пациентов самопомощи на индивидуальных и коллективных сессиях** и представляет несколько инструментов и правил надлежащей практики для специалистов первичной медицинской помощи – как врачей, так и медсестер, – в целях улучшения взаимодействия с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.

Эти ресурсы могут использоваться специалистами по собственной инициативе, адаптируя к их стилю и предпочтениям общения, в качестве руководства, а не для обязательного применения.

Те, кто будет пользоваться настоящим Руководством, также смогут использовать свой профессиональный опыт и творческий подход, помогая своим пациентам стать примером для подражания в отношении изменения поведения, следуя высказыванию Аристотеля: «Те, кто знают - делают; те, которые понимают - учат».

Библиография

Раздел 1

1. E. S., Brown, S. E.S. , Ewigman, B.G., Foley, E. C., Meltzer, D.O. Patient Percep-tions of Quality of Life With Diabetes-Related Complications and Treatments Diabetes Care. 2007 Oct; 30(10): 2478–2483. Published online 2007 Jul 10. doi: 10.2337/dc07-0499.
2. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, GHID privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților, Chișinău, 2018.
3. Murgic, Lucija, Hébert, P.C., Sovic Slavica, Pavlekovic. Gordana. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-commu-nist) country. BMC Med Ethics. 2015; 16: 65.
2. Published online 2015 Sep 29. doi: 10.1186/s12910-015-0059-z
4. Pollard Samantha, Bansback, N., Stirling B., Physician attitudes toward sha-red decision making: A systematic Review. Patient Education and Counseling (2015) 1046–1057
5. Boxer, Harriet Snyder, Susan, Five Communication Strategies to Promote Self-Management of Chronic illness; How you communicate with your pa-tients can enhance – or inhibit – their ability to manage their chronic ill-nesses.Fam Pract Manag. 2009 Sep-Oct;16(5):12-16.
6. European Patients Forum, “Patients’ Perceptions of Quality in Healthcare”, Report of a survey conducted by EPF in 2016 February 2017
7. Biglu, M.H., Nateq, F., Ghojzadeh, M., Asgharzadeh, A. Communication Ski-lls of Physicians and Patients’ Satisfaction. Mater Sociomed. 2017 Sep; 29(3): 192–195. doi: 10.5455/msm.2017.29.192-195
9. Bakić-Mirić, Nataša M., Bakić N.M., Successful Doctor-Patient Communi-ca-tion and Rapport Building as the Key Skills of Medical Practice. Facta Universi-tatis, Series: Medicine And Biology Vol.15, No 2, 2008, Pp. 74 - 79 Uc 614.253
10. King, Ann, Hoppe, R. B. “Best Practice” for Patient-Centered Communica-tion: A Narrative ReviewJ Grad Med Educ. 2013 Sep; 5(3): 385–393. doi: 10.4300/ JGME-D-13-00072.1

11. Ranjan, P., Kumari, Archana, Chakrawarty, A. How can Doctors Improve their Communication Skills? J Clin Diagn Res. 2015 Mar; 9(3): JE01–JE04. Published online 2015 Mar 1. doi: 10.7860/JCDR/2015/12072.5712
12. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. N Engl J Med 2013;368:6-8.
13. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford)
14. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford)
15. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Aging, Talking with Your Older Patient, NIH Publication No. 08-7105, October 2008, Reprinted September 2011

Раздел 2

1. Ghidul persoanei cu Diabet zaharat tip 2 – proiect ”Viață sănătoasă”.
2. Ghidul pacientului cu angină pectorală – proiect ”Viață sănătoasă”.
3. Arend J, Tsang-Quinn J, Levine C, Thomas D. The patient-centered medical home: history, components, and review of the evidence. Mt Sinai J; Med. 2012 Jul-Aug;79(4):433-50. doi: 10.1002/msj.21326.
4. What is Motivational Interviewing? MINT Excellence in Motivational Interviewing; Website <http://motivationalinterviewing.org/>. Published 2013
5. Coyne N, Correnti D. Effectiveness of motivational interviewing to improve chronic condition self-management: what does the research show us? Home Healthc Nurse. 2014;32:56-63
6. Pyle JJ. A motivational interviewing education intervention for home health-care nurses. Home Healthc Now.2015;33:79-83.
7. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. 3-rd Edition, New York, NY: The Guilford Press; 2013.
8. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102-1114. PMID: 1329589.

9. Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K. (2002). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis, (Eds.) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
10. Sobell and Sobell. *Motivational Interviewing Strategies and Techniques: Rationales and Examples*. 2008. Available at http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf. Accessed October 17, 2016.
11. www.idf.org, International Standards for Education of Diabetes Health Professionals. International Diabetes Federation, 2015.
12. Fatemeh Alhani, Shojaezadeh D., Gholamreza Sharifirad, Moazam N. An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients, *J Educ Health Promot*. 2015; 4: 13. Published online 2015 Mar 26. doi: [10.4103/2277-9531.154022]
13. Schulman-Green, Dena, Jaser, Sarah, Martin, Faith, Alonzo, Grey Margaret, McCorkle, Ruth A., Redeker, Nancy S., Reynolds, Nancy, Whittemore, Robin, *Processes of Self-Management in Chronic Illness*; *J Nurs Scholarsh*. 2012 Jun; 44(2): 136–144. Published online 2012 May 2. doi: [10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x]
14. WHO Strategic Communications Framework For Effective Communication World Health Organization 2017, <http://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>
15. Hettema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78: 868-884.
16. Battaglia C, Benson SL, Cook PF, Prochazka A. Building a tobacco cessation telehealth care management program for veterans with posttraumatic stress disorder. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2013;19: 78-91.

