

УДК 316.35

©Т. А. Фомина¹, Я. В. Власов², С. Ю. Сергеева³,
Е. Е. Асташина⁴, 2025

¹Центр гуманитарных технологий и исследований
«Социальная Механика», г. Самара, Россия

²Самарский государственный медицинский
университет (СГМУ Минздрава России);

^{3,4}Самарский университет государственного управления
«Международный институт рынка»
(Университет МИР), Россия

E-mail^{1,2}: sams99@inbox.ru

E-mail^{3,4}: eastashina@yandex.ru

МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПРАКТИКЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТСКИХ НКО¹

В статье обоснован выбор методического и практического подхода к внедрению в деятельность пациентских НКО модели ответственного поведения пациента на основе теорий научения. Представлен алгоритм взаимодействия представителя НКО с пациентом — благополучателем услуг на основе моделей формирования ответственного поведения пациента (консультативно-формирующей, регулярно-процессной, программно-целевой), разработанных и апробированных в рамках социального проекта Всероссийского союза пациентов «НКО пациентов — ключевой ресурс формирования ответственного поведения людей с хроническими заболеваниями».

Ключевые слова: ответственный пациент, формирование ответственного поведения пациента, модели работы пациентских НКО с благополучателями услуг.

Введение

Особую актуальность в реализации пациентоориентированного подхода как основы ценностно-ориентированной модели современного здравоохранения приобретает проблема распределения ответственности за процесс поддержания здоровья пациента между

¹ Статья выполнена в рамках гранта «НКО пациентов — ключевой ресурс формирования ответственного поведения людей с хроническими заболеваниями» при поддержке Фонда президентских грантов, заявка № 24-1-008973.

всеми субъектами оказания медицинской помощи, а значит, формирования ответственного отношения пациентов к своему здоровью.

Как отмечают Я. С. Циммерман и Л. Г. Вологжанина, «залогом успешного лечения любого заболевания является активное вовлечение пациента в лечебный процесс, безусловно, важное значение имеет наличие у больного стремления к сотрудничеству с врачом» [1].

Анализ существующих концепций и методологических подходов к проблеме ответственности пациента в сфере здравоохранения позволил разработать авторскую модель ответственного пациента.

Ответственный пациент — пациент, осознающий зависимость состояния его здоровья от собственного поведения или действий, готовый осуществлять осознанный выбор предлагаемых специалистами решений относительно сохранения здоровья и следующей согласованной со специалистами стратегии поведения для достижения согласованного со специалистами результата (например, выздоровление, частичная или полная реабилитация, частота последующей обращаемости за медицинской помощью, рецидивы, продолжительность ремиссии, инвалидизация и др.)¹ [2].

Данное определение позволяет воспроизвести структуру модели ответственного пациента, которая включает в себя следующие блоки.

Первый блок — информационный, состоящий из двух аспектов:

— осведомленности (наличия у пациента информации о состоянии здоровья, заболевании, способах лечения и т.д.);

— инструментального знания (знания алгоритмов действий и инструкций для решения проблем и задач, возникающих в сфере сохранения своего здоровья с учетом специфики своей нозологии).

Второй блок — личностный, содержащий два аспекта:

— эмоционально-психологический (включает в себя пять разделов):

1) мотивация — настрой на сотрудничество/партнерство для достижения согласованного с врачом результата, соблюдение рекомендаций специалистов, совершение практических действий,

2) убеждение и установки в том, что результат достижим, для его достижения нужны согласованные действия, «я» способен их совершить в зоне своей ответственности,

¹ Определение является авторским, сформулировано методической группой проекта «НКО пациентов – ключевой ресурс формирования ответственного поведения людей с хроническими заболеваниями».

3) осознанное отношение к заболеванию — принятие заболевания, понимание вариативности действий,

4) эмоционально-устойчивое состояние,

5) воля — способность индивида сознательно и целенаправленно осуществлять, регулировать и контролировать свое поведение и деятельность;

— поведенческий (включает в себя два раздела):

1) действия — включает в себя выбор вариантов решений относительно проблем и задач, связанных с заболеванием, и осуществление действий в рамках выбранного варианта,

2) коммуникации — включает в себя инициативность, диалоговость, конструктивность, ориентацию на результат, управление процессом коммуникации.

Цель работы — на основе авторской модели ответственного пациента разработать возможные модели формирования ответственного поведения пациента для внедрения в деятельность пациентоориентированных некоммерческих организаций (НКО).

Предмет исследования — процесс поддержания здоровья пациента, объект исследования — алгоритмы взаимодействия представителей пациентских некоммерческих организаций с пациентами — благополучателями услуг НКО.

Результаты исследования

Согласимся с мнением, представленным в работе [3], о том, что обойтись без теоретико-методологических оснований исследуемой области при изучении процессов управления не представляется возможным. В полной мере это относится и к изучению особенностей управления здоровьем.

Методический и практический подход внедрения в деятельность пациентских НКО модели ответственного поведения основан на теории научения. Данный термин может пониматься как «относительно устойчивое изменение в поведении или поведенческом потенциале, которое возникает из опыта и не может быть приписано преходящим физическим состояниям, как болезнь, усталость или воздействие лекарственных средств» [4] или как «относительно постоянное изменение в потенциальной возможности поведения, являющееся результатом подкрепленной практики» [4].

Теоретической основой выбора данной методологии служат классические работы И. П. Павлова (теория классического обусловливания), Б. Ф. Скиннера (теория оперантного обусловливания) и А. Бандуры (теория социального научения), получившие современное развитие в исследованиях последних лет.

Механизмы условно-рефлекторного научения, описанные Павловым, находят свое применение в формировании здоровьесберегающих привычек. В частности, это используется в программах по отказу от курения, где негативные последствия связываются с процессом курения.

Оперантное научение, разработанное Скиннером, получило новое воплощение в цифровых технологиях. Исследования показывают, что применение мобильных приложений с элементами геймификации существенно повышает приверженность пациентов лечению [5, 6]. Современные технологии позволяют реализовать принцип положительного подкрепления через систему баллов, достижений и виртуальных наград, что особенно эффективно для молодых пациентов.

Критический анализ применения данных подходов выявляет как их преимущества, так и ограничения. К безусловным достоинствам относится высокая доказательная база, технологичность и измеримость результатов. Однако очевидной является дополнение данных подходов механизмами учета глубинных мотивационных факторов и когнитивных искажений у пациентов.

Практическое применение данных методологий особенно эффективно при работе с пациентами, имеющими хронические заболевания (диабет, сердечно-сосудистые заболевания и др.), и в профилактической медицине (формирование здорового образа жизни).

Таким образом, выбор методологии, основанной на бихевиористских и необихевиористских теориях, является научно обоснованным и перспективным направлением в обучении пациентов ответственному поведению в отношении здоровья.

Рассмотренные подходы и их адаптация, включая цифровые технологии и персонализированные стратегии, стали основой для разработки программ работы НКО с пациентами в рамках упоминавшегося выше социального проекта Всероссийского союза пациентов.

Авторами разработаны три модели формирования ответственного поведения пациента для внедрения в деятельность пациентоориентированных некоммерческих организаций: консультативно-формирующая, регулярно-процессная, программно-целевая.

Консультативно-формирующая модель предполагает взаимодействие представителя НКО с пациентом — благополучателем услуг НКО в индивидуальном формате — «один на один». Основой инструмента влияния НКО на пациента, воздействия на его поведение является консультация. Основная отличительная особенность ор-

ганизации коммуникации в ходе консультации — ее структурированность.

Основные задачи работы в рамках данной модели:

— структурировать коммуникацию таким образом, чтобы делегировать ответственность за действия, от которых зависит здоровье пациента, ему самому;

— добиться осознанного пациентом принятия ответственности за следующие после консультации шаги, которые обсуждались в ходе общения.

Консультация в рамках данной модели должна обязательно включать три этапа:

— 1-й этап — установление контакта и присоединение;

— 2-й этап — информационный, где происходит передача пациенту сведений согласно его запросу;

— 3-й этап — завершающий, где происходит распределение ответственности между консультантом и пациентом в рамках решаемой задачи, мотивация пациента на совершение необходимых действий.

В практической деятельности пациентской организации основной объем взаимодействий с благополучателями должен проводиться с использованием описываемой модели.

В реальности среди благополучателей значительная часть обращающихся настроены патерналистски, стараются перенести ответственность за выполнение промежуточных действий для достижения результата с себя на любые внешние субъекты.

Целевой результат работы НКО в рамках данной модели: пациент осознает и принимает личную ответственность за свое здоровье, а также предпринимает необходимые действия для его поддержания.

Эффекты внедрения консультативно-формирующей модели работы с пациентами для НКО:

1) сокращение затрачиваемых на консультирование пациентов времени и усилий консультанта;

2) структурирование времени работы консультанта;

3) разделение ответственности с пациентом;

4) предупреждение эмоционального выгорания консультантов — представителей пациентских НКО.

Если говорить о внедрении, то данная модель применяется чаще всего, она имеет самый короткий временной цикл в сравнении с другими двумя моделями.

Регулярно-процессная модель предполагает взаимодействие представителя НКО с пациентом — благополучателем услуг НКО в групповом организованном формате (событийная модель работы) в офлайн- и онлайн-формате. Групповая работа организуется с пациентами таким образом, чтобы все участники имели возможность от-рефлексировать полученную ими информацию на основе собственного опыта работы со своим здоровьем, самостоятельно определить те шаги, которые находятся только в их зоне контроля, выявить риски пассивного поведения, а также принять на себя ответственность за конкретные шаги в области поддержания здоровья перед группой и получить стимулирующую поддержку от значимого сообщества для сохранения нормативного для группы поведения.

Основной инструмент влияния НКО на пациента, воздействия на его поведение — участие в групповом взаимодействии в публичном открытом пространстве для включения механизмов социального контроля, устойчивой активности и мотивации пациента.

Данный формат включает в себя два основных элемента:

1) мероприятия: онлайн и оффлайн (на мероприятии присутствуют представители целевой группы, есть ведущий, который работает с аудиторией, есть материалы, предоставляемые участникам в разных формах);

2) поддерживающая информационная программа (ПИП): организовано модерируемое онлайн-общение с целью обмена опытом, модератор регулярно обновляет темы обсуждения, вносит контент для обсуждения участниками, тема ответственности пациента вносится в качестве нового контента в существующие группы в социальных сетях.

Целевой результат работы НКО в рамках данной модели: сформированная у пациента устойчивая практика осознанного поддержания здоровья.

Ключевая задача регулярно-процессной модели — помочь пациенту начать осознавать себя как ответственного участника системы здравоохранения, активно заботящегося о своем здоровье, формировать у пациента идентичность сознательного и ответственного участника процесса поддержания здоровья через принадлежность к группе.

Для реализации групповых мероприятий в рамках данной модели их содержание может быть посвящено теме ответственного поведения пациента полностью, или в тематическое мероприятие встраивается отдельный блок по теме ответственности пациента.

Программно-целевая модель предполагает взаимодействие представителей НКО со специально сформированной группой пациентов-благополучателей численностью 10–40 человек в закрытом («эксклюзивном») формате для интенсивного обучения по программе повышения уровня ответственности в сопровождении наставника-трекера (клубная модель работы).

Формат проведения сочетает индивидуальные и групповые формы работы. Пациентские НКО из готовых инструментов конструируют программу в зависимости от особенности нозологии и специфики группы. Практика реализации программно-целевой модели в рамках проекта показывает, что средний срок ее реализации в деятельности пациентской НКО составляет от 1 до 3 месяцев.

В функции наставника входит информационное и консультационное сопровождение по выполнению заданий, мотивация на выполнение заданий, стимулирование последовательного прохождения всех этапов программы с использованием механизмов социального контроля и поддержки закрытого сообщества.

Рамки небольшой по численности закрытой группы позволяют сочетать возможности индивидуального подхода в подборе мотивирующих и стимулирующих действий и возможности использования механизмов групповой динамики и группового влияния.

Целевой результат работы НКО в рамках данной модели: сформированная у участника идентичность ответственного пациента, включающая:

- 1) принятие ответственности за свое здоровье перед группой;
- 2) выполнение нормативных действий, соответствующих модели «ответственный пациент»;
- 3) осознанный выбор вариантов своего ответственного поведения;
- 4) рефлексия по поводу своего поведения с точки зрения ответственности модели «ответственный пациент».

Заключение

Апробация и внедрение моделей ответственного пациента в практику деятельности пациентских НКО осуществлялись в рамках социального проекта Всероссийского союза пациентов «НКО пациентов — ключевой ресурс формирования ответственного поведения людей с хроническими заболеваниями» (один из разделов проекта).

В ходе проекта была разработана детальная методика измерения уровня и динамики показателей ответственного отношения пациентов к своему здоровью. Система показателей включает в се-

бя объединенные в три блока (информационный, личностный, поведенческий) критерии оценки ответственности пациентов и приведена к 100-балльной шкале, где каждый параметр имеет равный вклад в общую количественную оценку выраженности ответственного поведения пациента к своему здоровью (0 баллов — минимальное значение, 100 баллов — максимальное значение).

Результаты проведенного мониторинга указывают на выраженное положительное влияние реализации предложенных моделей работы НКО на изменение установок пациентов, уровня их ответственности и поведенческих стратегий.

Литература

1. Циммерман Я. С., Вологжанина Л. Г. Приверженность больных к соблюдению врачебных рекомендаций как действенный фактор повышения эффективности лечения // Клиническая медицина. 2015. № 3. 2015. С. 5–13.
2. Ответственный пациент — знание, настрой, действие, результат: сборник материалов. М., 2025. 44 с.
3. Витязев А. К. Управление системой здравоохранения в современном обществе: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. социол. наук: 22.00.08 / А. К. Витязев. М., 2002.
4. Хегенхан Б., Олсон М. Теории научения. 6-е изд. СПб.: Питер, 2004. 474 с.
5. Жданова С. Н., Огарков О. Б., Кошкина О. Г., Зоркальцева Е. Ю., Моисеева Е. Я., Хейселл С. К. Опыт использования мобильного приложения для повышения приверженности к лечению больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни легких. 2021. Т. 99. № 11. С. 17–24. DOI: 10.21292/2075-1230-2021-99-11-17-24.
6. Nurakysh S., Kurakbayev K.I, Kosherbaeva L., Tazhiyeva A., Aimakhanova A., Kulkaeva G., Asykbaeva L., Ainabekov M., Fakhradiyev I., Tanabayeva S. Evaluation of the Effectiveness of the Mobile Application on Adherence of Patients With Arterial Hypertension // Acta inform med. 2022. № 30 (1). Pp. 18–24. DOI: 10.5455/aim.2022.30.18-24/.

*Статья поступила в редакцию 23.05.25 г.
Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета
канд. социол. наук, доцентом Т. П. Карповой*