



Тренинг тренеров

Консультирование по вопросам туберкулеза

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ТРЕНЕРА

**Проект USAID по ликвидации туберкулеза
в Центральной Азии (USAID ETICA)**

Алматы 2020

Данная публикация стала возможным благодаря помощи американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID). Abt Associates несет ответственность за содержание публикации, которое не обязательно отражает позицию USAID или Правительства США.

Оглавление

Список сокращений	4
Введение	5
Туберкулез как глобальная проблема.....	5
Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза.....	5
Проект USAID по ликвидации туберкулеза в Центральной Азии.....	6
Описание тренинга.....	7
Программа тренинга.....	8
Подробное описание процесса работы.....	10
1 день тренинга	10
Вводная часть	10
Эпидемиологическая ситуация.....	11
Основные сведения о туберкулезе.....	12
Выявление туберкулеза.....	12
Лечение туберкулеза	13
Видеонаблюдаемое лечение ТБ (ВНЛ)	13
Профилактика ТБ и инфекционный контроль.....	13
Роль НПО в программах борьбы с ТБ и МЛУ ТБ.....	14
2 день тренинга	14
Общие принципы консультирования	14
Консультирование по вопросам ТБ.....	15
Мотивационное интервьюирование	16
3 день тренинга	17
Снижение стигмы и дискриминации	17
Преодоление внутренней стигмы	18
COVID-19 (10 мин)	21
4 день тренинга	22
Адвокация	22
Туберкулез и гендер	23
Дистанционное обучение.....	24
5 день тренинга	25
Основы интерактивного обучения.....	25
Доступность и достоверность информации	25
«Проблемное» поведение учащихся.....	25
Практика интерактивного тренинга	26
Приложения	27
Приложение 1. Оценка эффективности тренинга	27
Приложение 2. Основные сведения о туберкулезе	30

Приложение 4. Задачи к теме "Выявление ТБ"	33
Приложение 5. Лечение ТБ	34
Приложение 6. Видеонаблюдаемое лечение (ВНЛ)	34
Приложение 7. Профилактика ТБ и инфекционный контроль	36
Приложение 8. Общие вопросы консультирования	38
Приложение 9. Алгоритм практики консультирования	42
Приложение 10. Алгоритмы консультирования по вопросам ТБ	43
Приложение 11. Модель изменения поведения и мотивационное интервьюирование	45
Приложение 12. Стигма и дискриминация	49
Приложение 13. Права людей, затронутых ТБ	50
Приложение 14. Внутренняя стигма	52
Приложение 15. COVID-19	56
Приложение 16. Адвокация в борьбе с ТБ	57
Приложение 17. Ситуационная задача по адвокации	60
Приложение 18. Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ	61
Приложение 19. Идеальное поведение в борьбе с ТБ	62
Приложение 20. Мероприятия по адвокации	62
Приложение 21. Основы интерактивного обучения	64
Приложение 22. Текст для перевода	65
Приложение 23. Дистанционное обучение	66
Приложение 24. Техники, применяемые в интерактивном обучении	68

Список сокращений

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФ	Глобальный Фонд
ИРЛ	Индивидуальный режим лечения
Каз НМУ	Казахский Национальный медицинский Университет
КРЛ	Краткосрочный режим лечения
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУ-ТБ	Лекарственно-устойчивый туберкулез
МИ	Мотивационное интервьюирование
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ННЦФ	Национальный научный центр фтизиопульмонологии
НПО	Неправительственные организации
НТП	Национальная туберкулезная программа
ООН	Организация Объединённых Наций
ПМСП	Первичная медикосанитарная помощь
ТБ	Туберкулез
ЦВКК	Центральный Врачебный Консультационный Консилиум
USAID	Американское Агентство по Международному Развитию
USAID ETICA Project	Проект USAID по ликвидации туберкулеза в центральной Азии
Шкала Рифф	Шкала психологического благополучия. Под «психологическим благополучием», в отличие от психического здоровья, подразумевается субъективное самоощущение целостности и осмысленности индивидом своего бытия. Данное понятие относится к категории понятий экзистенциально-гуманистической психологии.

Введение

Туберкулез как глобальная проблема

Туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. В 2018 году от туберкулеза умерло 1,5 миллиона человек (в том числе 251 000 ЛЖВ). Около 10 миллионов человек заболели туберкулезом в 2018 году по всему миру (5,7 миллиона мужчин, 3,2 миллиона женщин и 1,1 миллиона детей). Казахстан, несмотря на снижение показателей заболеваемости и смертности ТБ, по-прежнему находится в числе стран где ТБ представляет проблему для общества и здоровья людей. Так за последние 3 года ежегодно регистрируется порядка 10000 случаев ТБ, каждый четвертый из которых с ЛУ формами.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) остается кризисом общественного здравоохранения. По оценкам ВОЗ, было зарегистрировано 484 000 новых случаев резистентности к рифампицину - наиболее эффективному препарату первого ряда, из которых 78% имели МЛУ-ТБ. В Казахстане по данным НТП зарегистрировано 6440 случаев с ЛУ формой ТБ, что составляет порядка 25% от всего числа заболевших. Поэтому Казахстан все еще входит в число 30 стран с высоким бременем МЛУ ТБ в мире.

Тем не менее туберкулез излечим и предотвратим. Одна из задач в области здравоохранения в рамках Целей ООН в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией туберкулеза. По оценкам, за период с 2000 по 2018 г. благодаря диагностике и лечению туберкулеза было спасено 58 миллионов человеческих жизней. Во всем мире заболеваемость туберкулезом падает примерно на 2% в год. Темпы снижения необходимо ускорить до 4–5% в год для достижения целевых показателей 2020 года, предусмотренных Стратегией ВОЗ по ликвидации туберкулеза.

Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза

Стратегическая цель – мир, свободный от туберкулеза. Необходимо остановить глобальную эпидемию туберкулеза, достичь нулевого уровня смертности и заболеваемости.

Целевые показатели:

1. Снижение смертности от туберкулеза на 95% к 2035 году по сравнению с 2015 годом.
2. Снижение заболеваемости туберкулезом на 90% к 2035 году по сравнению с 2015 годом.
3. К 2035 году ни одна из семей, где есть больные туберкулезом, не должна нести катастрофических расходов.

Основным элементом стратегии является комплексное лечение и профилактика, ориентированные на пациента:

1. Ранняя диагностика туберкулеза, включая всеобщее тестирование на лекарственную чувствительность; систематический скрининг лиц, находившихся в контакте, и групп повышенного риска.
2. Лечение всех людей с туберкулезом, включая туберкулез с лекарственной устойчивостью; и поддержка пациентов.
3. Совместные меры борьбы с туберкулезом/ВИЧ и ведение сопутствующих заболеваний.
4. Профилактическое лечение людей, подвергающихся повышенному риску, и вакцинация против туберкулеза.

Проект USAID по ликвидации туберкулеза в Центральной Азии

Региональный проект USAID по ликвидации туберкулеза в Центральной Азии (USAID ETICA Project) работает в Казахстане, Узбекистане, Таджикистане, а также поддерживает обмен опытом в Кыргызской Республике и Туркменистане.

Проект направлен на решение следующих задач:

1. Увеличить количество выявленных случаев ТБ и ЛУ-ТБ;
2. Повысить эффективность лечения ТБ и всех типов ЛУ-ТБ;
3. Улучшить благоприятные условия и финансовую устойчивость программ по борьбе туберкулезом и ЛУ-ТБ

Важное направление проекта – повышение потенциала НПО, работающих в сфере ТБ и сообществ людей, затронутых ТБ. Несвоевременная диагностика и прерывание лечение – главные проблемы на пути к прекращению эпидемии ТБ особенно остро стоят среди уязвимых, маргинализированных групп населения из-за затрудненного доступа к медицинским и социальным услугам. По ряду причин эти люди выпадают из поля зрения медицинских организаций и не получают адекватной помощи. Активные люди из сообщества людей, затронутых ТБ имеют доступ к уязвимым группами населениям и могут обеспечить мотивационную работу с целью повышения выявляемости ТБ и удержания на лечении пациентов с ТБ. Для этого они должны обладать знаниями о современных методах диагностики, лечения и профилактики ТБ, владеть навыками консультирования как по вопросам, связанным непосредственно с ТБ, так по психологическим аспектам проблемы (преодоление самостигмы), защите прав пациентов и другим смежным темам.

Описанный в данном руководстве тренинг тренеров ставит целью подготовить специалистов по обучению представителей НПО и сообществ

Описание тренинга

Первым этапом, в начале июля 2020 года проект USAID по ликвидации туберкулеза в центральной Азии (ETICA) планирует проведение пятидневного тренинга с целью подготовки тренеров по профилактике туберкулёза среди населения. Тренинг будет проводиться в г.Алматы, специалистами проекта ETICA (вкл. тренеров AFEW) в соответствии с подготовленной программой (см. программу ниже).

Вторым этапом, после проведения тренинга для тренеров, в период с середины до конца июля 2020 года планируется каскадный тренинг для представителей НПО, который будет приурочен к семинару, проводимому при поддержке Глобального Фонда для представителей НПО из всех регионов республики Казахстан. Данный тренинг будет проводиться в г.Алматы обученными тренерами совместно с представителями Национальной программы и Глобального Фонда.

Третьим этапом, в дальнейшем, на следующие годы, потенциально и совместно с НТП/ГФ - планируются каскадные тренинги в отобранных ННЦФ сайтах/регионах Республики Казахстан с участием обученных специалистов из регионов РК.

Тематика тренинга будет включать в себя самые ключевые топики - из тренинга ToT, на котором обучались тренеры.

Цель тренинга

Создать команду тренеров для дальнейшего обучения как для медицинского, так и персонала НПО по вопросам туберкулеза с использованием материала, знаний и практических, навыков, полученных во время обучения.

Целевая аудитория

15 специалистов Национального Научного Центра Фтизиопульмонологии РК (ННЦФ), Кафедры Фтизиопульмонологии КазНМУ им. Асфендиярова, поликлиник и НПО, работающих в сфере ТБ. Из всех участников, по итогам тренинга, будут отобраны 5-7 наиболее способных тренеров, которые впоследствии будут проводить тренинги для представителей НПО и сообществ, а также для медицинского персонала из всех регионов Казахстана.

Продолжительность тренинга **5** рабочих дней

Программа тренинга

1 день

09.00 – 11.00	Регистрация участников Анкетирование Презентация проекта Знакомство Презентация организаций Сбор ожиданий
11.00 – 11.20	Перерыв
11.20 – 13.00	Эпидемиологическая ситуация по ТБ в мире и Казахстане Основные сведения о туберкулезе Выявление и диагностика туберкулеза
13.00 – 14.00	Обед
14.00 – 15.30	Лечение туберкулёза. Видеонаблюдаемое лечение. Профилактика ТБ и инфекционный контроль
15.30 – 15.50	Перерыв
15.50 – 17.00	Роль НПО в программах борьбы с ТБ и МЛУ ТБ Подведение итогов дня

2 день

09.00 – 11.00	Обзор предыдущего дня Консультирование - общие принципы
11.00 – 11.20	Перерыв
11.20 – 13.00	Консультирование по вопросам ТБ Консультирование различных категорий клиентов
13.00 – 14.00	Обед
14.00 – 15.30	Мотивационное интервьюирование как инструмент формирования приверженности лечению
15.30 – 15.50	Перерыв
15.50 – 17.00	Практика Подведение итогов дня

3 день

09.00 – 11.00	Обзор предыдущего дня Снижение стигмы, связанной с туберкулезом
11.00 – 11.20	Перерыв
11.20 – 13.00	Борьба с дискриминацией
13.00 – 14.00	Обед
14.00 – 15.30	Преодоление внутренней стигмы
15.30 – 15.50	Перерыв
15.50 – 17.00	COVID-19 Подведение итогов дня

4 день

09.00 – 11.00	Обзор материала предыдущего дня Адвокация в сфере борьбы с туберкулезом
11.00 – 11.20	Перерыв
11.20 – 13.00	Практика адвокации
13.00 – 14.00	Обед
14.00 – 15.00	Туберкулез и гендер
15.00 – 15.30	Дистанционное обучение
15.30 – 15.50	Перерыв
15.50 – 16.20	Основы интерактивного обучения. Доступность и достоверность информации «Проблемное» поведение учащихся
16.20 – 16.45	Домашнее задание. Подготовить презентации на предложенные темы

16.45 – 17.00	Подведение итогов дня
---------------	-----------------------

5 день

09.00 – 09.30	Обзор материала предыдущего дня
09.30 - 11.00	Практика интерактивного обучения.
11.00 – 11.20	Перерыв
11.20 – 13.00	Практика интерактивного обучения
13.00 – 14.00	Обед
14.00 – 15.30	Практика интерактивного тренинга
15.30 – 15.50	Перерыв
15.50 – 17.00	Подведение итогов и завершение тренинга

Подробное описание процесса работы

1 день тренинга

Вводная часть

Регистрация участников (10 мин). Лист регистрации участников необходимо набрать на компьютере на этапе подготовки мероприятия и иметь его уже в распечатанном виде на стойке регистрации. Попросите участников проверить свои данные (имя, фамилия, место работы и должность, телефон и электронный адрес). Список должен содержать название и дату тренинга, а также данные тренеров.

Анкетирование (10 мин). Перед началом тренинга тренер раздает анкеты (**Приложение №1**) и объясняет участникам, что нужно с ними делать. Важно, чтобы каждый участник вписал свой «код» и ответил на каждый вопрос анкеты. Принцип кодирования объясняется и записывается на плакате:

Впишите первые две буквы имени отца

Первые две буквы имени матери

Пол 1 – мужской, 2 – женский

Две последние цифры года рождения

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Презентация проекта (10 мин). Представители организаций – организаторов тренинга и/или представители донорской организации рассказывает о проекте, его цели, задачах и индикаторах. Далее тренер рассказывает о задачах тренинга и объясняет каким образом тренинг поможет достичь цели проекта.

Знакомство (20 мин). Участникам по очереди предлагается назвать свое имя, в двух словах рассказывает о себе, а также ответить на вопрос – какие качества он больше всего любит и ненавидит в преподавателях.

Презентация организаций (60 мин). Работа в малых группах. Тренер просит участников объединиться по своим организациям, либо по группам организаций. Например, сотрудники республиканской противотуберкулезной службы, сотрудники института, сотрудники ПМСП, сотрудники НПО.

Задание для групповой работы: заполнить следующие графы в таблице.

Название группы
Для кого мы работаем (целевая группа)
Что мы для них делаем (действия)
Чего мы хотим этим добиться (ожидаемые результаты)
Что поможет нам работать более эффективно

Тренеры участвуют в работе вместе с сотрудниками своей организации, заполняют такую же таблицу. Важно четко отметить, что именно может делать проводящая тренинг организация, в данном проекте. Это создаст почву для сбора более конкретных ожиданий со стороны участников.

Это упражнение помогает познакомиться не просто специалистам, а организациям; понять, кто и как представляет свою роль в противотуберкулезных программах и определить направления дальнейшего сотрудничества.

Сбор ожиданий (10 мин). Ожидания собираются в режиме мозгового штурма – «Что Вы хотите получить от этого тренинга?». Следует уточнять расплывчатые ожидания, например – «Получить новую информацию» - «Какую именно информацию, что в этом вопросе интересует Вас больше всего?» или «Обменяться опытом» - «Каким именно опытом и с кем именно обменяться? Что Вы готовы предложить и чего ждете от других?» и т.д. После сбора всех ожиданий тренер делит ожидания на те, которые, скорее всего, осуществить удастся и те, которые, к сожалению, могут остаться без ответа (из-за физической невозможности осуществления, либо не имеющие отношения к программе). После этого важно разделить ответственность между тренером и участниками – «Мы предоставим информацию, создадим условия для обмена мнениями и отработки умений, но как Вы воспользуетесь этими условиями, будет зависеть только от Вас самих».

Сбор ожиданий помогает участникам осознать свою собственную мотивацию и взять ответственность за процесс учебы на себя.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Эпидемиологическая ситуация

Общая дискуссия (20 мин). Участникам раздается материал с данными статистики по ТБ в мире и Казахстане и в формате общей дискуссии обсуждаются вопросы: Как вы думаете, почему все тренинги, связанные с какими-либо заболеваниями, всегда начинаются со статистических данных? Какой в этом смысл и насколько это эффективно? Как можно использовать статистику для повышения мотивации участников тренинга к обучению?

Далее тренер просит участников по очереди рассказать о личном опыте столкновения с туберкулезом, когда он или его близкие заболели. Что он чувствовал тогда и как это повлияло на его дальнейшую жизнь.

Презентация эпидемиологических данных считается обязательной на тренингах в сфере здравоохранения – иногда даже участники требуют предоставить им статистику, считая эту информацию очень важной. Однако сухие цифры чаще всего стираются из памяти, не оставляя никаких следов в душе. Поэтому мы предлагаем персонифицировать цифры – дать возможность увидеть за ними живых людей и представить себя на их месте. Такой подход позволяет развить внутреннюю мотивацию к обучению.

Основные сведения о туберкулезе

Ожидаемые результаты

Участники могут:

- Рассказать основную информацию о ТБ
- Перечислить факторы риска развития заболевания
- Перечислить симптомы и пути передачи ТБ инфекции
- Объяснить правила кашлевого этикета

Работа в группах (20 мин). Тренер просит участников снова образовать группы как в прошлой групповой работе по презентации организаций. Следующий шаг – перемешаться так, чтобы в каждой новой группе был человек из каждой прежней группы (человек от фтизиатрии, института, ПМСП, НПО). Задания группам - выписать ключевые послания, которые важно донести до каждого человека по следующим темам:

1 группа – основные сведения о ТБ

2 группа – диагностика ТБ

3 группа – лечение ТБ

4 группа – профилактика ТБ

Презентация (30 мин). 1 группа участников делает презентацию «Основные сведения о ТБ», подготовленную в ходе предыдущего упражнения. После этого тренеры проводят свою презентацию на эту же тему (**Приложение № 2**), опираясь на наработки участников. Важно подчеркивать удачные моменты презентации участников и мягко дополнять недостающую информацию и корректировать ошибочные представления. В целом необходимо делать акцент на ключевых посланиях – информации, которая должна быть донесена до каждого человека в процессе консультирования и почему эта информация так важна.

Выявление туберкулеза

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Перечислить методы выявления туберкулеза
2. Перечислить группы риска и сроки их обследования на ТБ
3. Перечислить, кто относится к контактными лицам и обязательный объем работы с контактными лицами
4. Перечислить элементы алгоритма диагностики ТБ
5. Объяснять клиенту, что означает тот или иной результат лабораторного исследования

Презентация (30 мин). 2 группа участников делает презентацию по диагностике ТБ, подготовленную в ходе предыдущего упражнения. После этого тренеры проводят свою презентацию на эту же тему (**Приложение №3**), опираясь на наработки участников.

Нередко участники тренинга говорят, что они все знают по преподаваемой теме и не внимательно слушают лектора. Самостоятельная работа, предшествующая предоставлению теоретического материала, когда от самих участников требуется преподнести материал, вскрывает все их пробелы и неверные представления, что, во-первых, подстегивает их интерес к лекции, во-вторых, помогает ведущему понять на какие аспекты темы нужно делать акцент.

Упражнение. Каждому участнику дается задача по теме «Выявление ТБ» (**Приложение №4**) и дается 2 минуты на ее решение. Далее участники объединяются в пары и в течение 2х минут объясняют друг другу почему они ответили на вопрос задачи именно так. После этого группа собирается вместе, и тренер помогает разобраться с каждой задачей по очереди.

Обед (60 мин)

Лечение туберкулеза

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Перечислить принципы лечения ТБ
2. Перечислить противотуберкулезные препараты и режимы лечения, принятые в Казахстане
3. Дать определения понятиям: МЛУ, пре-ШЛУ и ШЛУ ТБ
4. Перечислить принципы выбора режима лечения, шаги назначения препаратов

Презентация (30 мин). 3 группа участников делает презентацию по лечению ТБ, подготовленную в ходе первой групповой работы. После этого тренеры проводят свою презентацию на эту же тему (**Приложение №5**), опираясь на наработки участников.

Работа в группах. Участники объединяются в группы по 3 человека, получают информацию о противотуберкулезных препаратах и шагах отбора на краткосрочные режимы лечение (КРЛ) и индивидуальные режимы лечение (ИРЛ) Задание – сделать из полученных материалов краткую презентацию на доступном языке и ответить на вопросы других участников.

Видеонаблюдаемое лечение ТБ (ВНЛ)

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. дать определение ВНЛ
2. перечислить критерии отбора для взятия на ВНЛ
3. рассказать о преимуществах ВНЛ для людей, затронутых ТБ

Презентация (30 мин). «Видеонаблюдаемое лечение»

Работа в группах. Участники объединяются в группы по 4 человека, получают портрет (описание) о людях, затронутых ТБ с разным образом жизни и привычками. Задание – подготовить обоснование для взятия на ВНЛ и объяснить тот или иной выбор в пользу взятия на ВНЛ или отказу от ВНЛ. Время на подготовку -10 минут, представление каждой группы - по 5 минут.

Профилактика ТБ и инфекционный контроль

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Дать определение понятию «инфекционный контроль»
2. Перечислить меры профилактики ТБ
3. Перечислить виды средств индивидуальной защиты и объяснить правила их использования

Презентация (20 мин). 4 группа участников делает презентацию по профилактике ТБ, подготовленную в ходе первой групповой работы. После этого тренеры проводят свою презентацию на эту же тему (**Приложение №6**), опираясь на наработки участников и далее презентацию по теме «инфекционный контроль».

Работа в группах (40 мин). Участники объединяются в те же группы в которых они разрабатывали основы профилактики, диагностики и лечения ТБ. Группам раздаются средства индивидуальной защиты и инструкции по их использованию. Задание группам –

подготовить инструкцию на доступном для неспециалистов языке и показать правильное использование средств защиты на себе.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Роль НПО в программах борьбы с ТБ и МЛУ ТБ

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Рассказать о роли НПО в профилактике, диагностике и лечении ТБ
2. Описать алгоритм направления на диагностику ТБ

Работа в группах (30 мин). Участники объединяются в 3 группы – фтизиатрия, ПМСП и НПО. Задание группам – определить в каких случаях им нужна помощь другой группы и какую помощь они готовы оказать другой группе в вопросах профилактики, диагностики и лечения ТБ. Обсуждение – насколько совпали потребности и предложения разных групп. Какие можно сделать из этого выводы. В итоге необходимо составить план взаимопомощи, учитывающий желания и возможности всех сторон.

Упражнение (20 мин). Участники получают таблички с элементами алгоритма направления на диагностику ТБ (НПО, ПМСП, группы риска, симптомы ТБ, методы диагностики). Задание выстроится в нарисованный на схеме алгоритм. Затем предлагается оживить алгоритм – представители групп риска начинают передвигаться по его элементам, по очереди соприкасаясь с каждым из них и озвучивая его название.

Подведение итогов дня (20 мин). Все участники и ведущие садятся в круг и по очереди отвечают на вопрос «Что полезного я сегодня узнал и чему полезному научился». Ответы помогут понять приоритеты участников, что они поняли, что не поняли или поняли неправильно. Эта информацию можно использовать в преподнесении следующих тем.

2 день тренинга

Обзор вчерашнего дня (20 мин). Каждый участник по очереди отвечает на вопрос – что мне больше всего запомнилось во вчерашних занятиях. Упражнение помогает быстро включиться в работу, актуализировать темы тренинга, понять приоритеты участников, их отношение к процессу обучения.

Общие принципы консультирования

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Перечислить принципы клиент-центрированного консультирования
2. Перечислить общие задачи (этапы) консультирования

Работа в парах (20 минут). Один член группы играет роль консультанта, другой – роль человека, который пришел на консультацию. Задание «человеку, обратившемуся за консультацией» - рассказать о недавнем происшествии в жизни, которое его сильно взволновало. Задание «консультанту» - внимательно слушать, всем телом выражать интерес к рассказу, но ничего не говорить (ни вопросов, ни комментариев, ни слова). Время – 5 минут. Обсуждение – удалось ли «консультантам» справиться с заданием? Что им мешало молчать? Как они себя чувствовали при этом? Как чувствовали себя «люди, обратившиеся за консультацией». После сбора ответов на эти вопросы, обратите внимание участников на то, что умение слушать – самое важное в работе консультанта. Зигмунд Фрейд в свое время сказал: «Ни один человек в мире никогда не был выслушан». Нам может казаться, что наши слова должны помочь человеку, что мы знаем, в чем он сейчас нуждается и надо немедленно ему об этом сообщить. А человек может воспринять наши слова как перебивание или даже

попытку поспорить с ним или обесценить его переживания. Большинство людей, слушая своих собеседников на самом деле не слушают их, а готовятся дать свою оценку, совет или оспорить их мнение. Все это вызывает у человека ощущение, что его не понимают и не хотят понять. Далее идет сопротивление, человек спорит или прекращает диалог. А задача консультанта наоборот – поддержать человека для того, чтобы он мог нам довериться.

Презентация (50 мин). «Современный взгляд на консультирование» (**Приложение №7**)

Практика (30 мин). Тренер в роли консультанта демонстрирует применение принципов клиент-центрированного консультирования на добровольце, играющем роль клиента (клиент рассказывает о какой-либо своей проблеме, которую он давно не может решить). Далее идет обсуждение действий консультанта – удалось ли ему придерживаться принципов консультирования и что при этом чувствовал клиент. Затем участники делятся по парам и делают тоже самое поочередно играя роли человека, обратившегося за консультацией и консультанта. В итоге проводится обсуждение – что получилось у консультантов, что не поучилось, что мешало придерживаться принципов консультирования и что чувствовали клиенты. Подробнее об организации практики консультирования см. **Приложение № 8**.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Консультирование по вопросам ТБ

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Перечислить основные элементы алгоритмов консультирования различных категорий клиентов
2. Перечислить ключевые фразы, помогающие реализовать каждый этап алгоритма консультирования по вопросам ТБ

Работа в группах (60 минут). Тренер проводит обсуждение (с записью на флипчарте): в каких случаях клиенту проекта может понадобиться консультация по вопросам туберкулеза? После этого участники объединяются в группы по 3-4 человека и выполняют задание – написать цель и алгоритм консультирования по вопросам туберкулеза для одной из указанных групп:

1. человек, которого не беспокоит состояние его здоровья
2. человек, которого беспокоят симптомы, характерные для туберкулеза
3. человек, который имел контакт с больным туберкулезом
4. человек, у которого впервые диагностирован туберкулез
5. человек, который проходит лечение от туберкулеза
6. человек, который отказывается от лечения туберкулеза
7. контактное лицо

После презентаций групп тренер проводит дополняет и систематизирует наработки участников (**Приложение №9**). Затем работа продолжается в тех же группах. Задание – выписать, каким образом, с помощью каких слов будет реализован каждый элемент алгоритма консультирования (по два вопроса каждой группе):

1. Выяснение степени информированности о ТБ
2. Определение факторов риска (контакт с лицом с ТБ, наличие ВИЧ-инфекции, химической зависимости)
3. Проведение устного скрининга на ТБ
4. Объяснение принципов инфекционного контроля
5. Обсуждение необходимости своевременной диагностики
6. Переадресация на обследование
7. Особенности и возможности лечения ТБ

8. Обсуждение необходимости лечения
9. Соблюдение приверженности
10. Возможность рецидива
11. Формирование уверенности в выздоровлении
12. Обсуждение причин отказа
13. Преодоление страхов
14. Возможность помощи и поддержки в процессе лечения

Практика (40 минут). Тренер объединяет участников в группы по 3-4 человека и дает задание провести консультирование вышеперечисленных категорий людей. Общее время – 10 минут. Каждая группа выбирает, кто будет играть роль человека определенной категории, консультанта и наблюдателя, а в процессе консультаций желательна смена ролей. Завершается работа обсуждением успехов, сложностей и возникших вопросов.

Обед (60 мин)

Мотивационное интервьюирование

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Определить на какой стадии изменения поведения находится человек
2. Перечислить задачи консультирования для каждой стадии изменения поведения
3. Использовать техники «Парафраз» и «Баланс принятия решений»

Презентация (20 мин) «Модель изменения поведения и основы мотивационного консультирования» (**Приложение №10**)

Общая дискуссия (10 мин). Каждому участнику предлагается написать в блокноте поведение, которое он хочет изменить. Затем нужно определить на какой стадии модели изменения поведения он находится и соответственно, на что должно быть направлено консультирование в его случае.

Практика (60 мин). Отрабатываются «Парафраз» и «Баланс принятия решений» с разными категориями клиентов из предыдущей темы.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Практика (50 мин). Консультирование различных категорий людей.

Подведение итогов дня (20 мин).

3 день тренинга

Обзор вчерашнего дня (20 мин).

Снижение стигмы и дискриминации

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Дать определение понятиям «Стигма» и «Дискриминация»
2. Перечислить права человека, связанные с предоставлением медицинской помощи
3. Перечислить шаги алгоритма защиты прав

Игра (25 мин). Тренер прикрепляет на спину каждого участника таблички так, чтобы самому человеку не было видно то, что на них написано. Например: «алкоголик», «шизофреник», «проститутка», «интеллигент», «дебил», «депутат», «китаец», «оралман» и т. д. Задание – перемещаться по комнате и вести себя с каждым в соответствии с его «ярлыком». По окончании игры, обсуждаются вопросы: Поняли ли вы, обладателем какого ярлыка стали? Что вы чувствовали при этом? Как к вам относились другие люди? Хотелось ли вам избавиться от вашего ярлыка?

Презентация (15 мин) «Стигма и дискриминация» (Приложение №11).

Работа в группах (30 мин). Участники делятся на две группы. Задание первой группе – обосновать тезис о том, что стигматизация и дискриминация людей с ТБ имеет долгосрочные негативные последствия не только для самих людей с ТБ, но и для общего населения в целом. Вторая группа должна обосновать тезис о том, что стигматизация и дискриминация людей с ТБ в каком-то смысле разумна и полезна (например, мотивирует людей к скорейшему излечению, изменению образа жизни, и развитию вообще и т.д.). По завершению работы, группы становятся друг напротив друга и обмениваются аргументами, стараясь доказать свою точку зрения и опровергнуть точку зрения оппонентов.

Упражнение (30 мин). Участникам предлагается вспомнить и записать в блокнот одну ситуацию из своей жизни, или из жизни близких людей, которую можно рассматривать как дискриминацию (отказали в услуге / трудоустройстве / аренде жилья и т.д. на основании пола, возраста, семейного положения, этнической принадлежности, знания языка, социального статуса и др. По желанию участники рассказывают свой опыт, после чего в общей дискуссии обсуждаются вопросы: как вы себя чувствовали тогда и что вам захотелось сделать в тот момент. Как вы себя чувствуете сейчас и думаете об этой ситуации сейчас.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Работа в группах (60 мин). Участники объединяются в 3 группы. Задание для групп: перечислите специфические потребности людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), людей из контактов ТБ, мигрантов в медицинской сфере; Приведите примеры нарушения прав этих групп людей в медицинской сфере. Разработайте алгоритм действий, при нарушении прав людей, обращающихся за медицинской помощью.

Презентация (20 мин) «Права пациентов» (Приложение №12).

Общая дискуссия (20 мин). Участникам демонстрируется видеоролик «Нормальные люди» (<https://youtu.be/pbVXur-kMTg>). Вопросы для обсуждения: Что вы чувствовали во время просмотра? Какие мысли приходили вам в голову? Возможно, вам вспомнились эпизоды из вашей жизни, связанные с нарушением прав? Как вы думаете, что лично вы можете сделать на своем уровне, чтобы сделать мир более гуманным и справедливым?

Обед (60 мин)

Преодоление внутренней стигмы

Ожидаемые результаты

Участники могут:

Понимать причины возникновения внутренней стигмы и ее последствия, а также осознанию областей жизни, в которых внутренняя стигма оказывает влияние на человека.

Мозговой штурм (10 мин). Тренер просит участников поделиться своими мыслями о том, что для них означает слово «внутренняя стигма». Участников просят привести примеры из жизни, которые описывают внутреннюю стигму, группа их обсуждает.

Презентация (30 минут). Снижение внутренней стигмы, связанной с ТБ (Приложение №13).

Заметки для фасилитатора:

1. Прежде чем приступить к выполнению упражнения, убедитесь в том, что участники знают, что они не обязаны обсуждать собственный опыт. Они могут обсуждать события, которые произошли с кем-то другим.
2. Будьте готовы к эмоциональным ответам от некоторых участников. Выделите для них время и/или личное пространство.
3. Постарайтесь поощрять участие всех членов группы. Перемещайтесь от одной группы к другой, чтобы заметить чересчур тихих участников или, наоборот, слишком разговорчивых участников, доминирующих в дискуссиях.
4. Это упражнение поможет закрепить знания, полученные во вступительной части сессии. Оно вдохновит участников исследовать проявления внутренней стигмы, которые могут возникать как в себе, так и в других. Кроме того, оно поможет их задуматься о том, где именно внутренняя стигма оказывает влияние.

Упражнение 1 (60 минут). Шкала психологического благополучия Рифф. Работа в группах. Упражнение помогает понять и осознать внутреннюю стигму и ее последствия путем анализа психологического благополучия.

Необходимые материалы: Распечатанные «Параметры психологического благополучия Рифф – темы для размышления», распечатанные шкалы психологического благополучия Рифф, разноцветные наклейки или карандаши/ручки красного, жёлтого и зелёного цвета

Тренер излагает суть задания участникам: Каждой группе предлагается нарисовать круг и разделить его на 6 частей. Каждая часть круга будет отвечать за определенную сферу жизни (См. Внизу).

1. **Самопринятие:** Нравится ли человеку его внешность / личность / жизнь?
2. **Цель в жизни:** Есть ли у человека цели или что-то, чего он хочет достичь в своей жизни?
3. **Управление окружением:** Насколько хорошо человек справляется со своими обстоятельствами и окружением? Чувствуют ли он, что сам контролирует свою жизнь?
4. **Положительные отношения с другими:** Имеются ли у человека значимые и хорошие отношения с другими людьми?
5. **Личностный рост:** Развивается и совершенствуется ли человек с течением своей жизни?
6. **Автономность:** Способен ли человек жить и справляться с жизнью независимо от других

Участникам предлагается оценить каждую сферу своей жизни по 10 бальной шкале, где 10 – самый высокий результат. Для выразительности линии в каждом разделе можно окрасить в разные цвета – например, красный = оценка 1-4; жёлтый = 5-7; зелёный = 8-10.

Для оценки каждой сферы жизни, участникам предлагается перечень вопросов

ПАРАМЕТРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ РИФФ – ТЕМЫ ДЛЯ РАЗМЫШЛЕНИЯ
ПАРАМЕТР 1: АВТОНОМНОСТЬ
Часто ли вы подвержены влиянию людей, у которых есть твёрдые убеждения?
Есть ли у вас уверенность в своих собственных убеждениях, даже если они отличаются от убеждений всех остальных?
Судите ли вы сами себя по тем вещам, которые вы считаете важными, а не по тем вещам, которые другие люди считают важными?
ПАРАМЕТР 2: УПРАВЛЕНИЕ ОКРУЖЕНИЕМ
Вы чувствуете, что контролируете свою жизнь?
Часто ли вас огорчает повседневная жизнь?
Хорошо ли вы справляетесь с обязанностями в своей повседневной жизни?
ПАРАМЕТР 3: ЛИЧНОСТНЫЙ РОСТ
Считаете ли вы, что важно приобретать новый опыт, который меняет то, как вы думаете о себе и окружающем вас мире?
Является ли ваша жизнь непрерывным процессом обучения и роста?
Нравится ли вам иногда вносить значительные улучшения или изменения в свою жизнь?
ПАРАМЕТР 4: ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ДРУГИМИ
Считают ли вас другие люди любящим и ласковым человеком?
Считают ли вас другие люди щедрым и готовым делиться с ними своим временем?
Было ли у вас много хороших отношений с другими людьми?
ПАРАМЕТР 5: ЦЕЛЬ В ЖИЗНИ
Строите ли вы планы на будущее?
У вас есть цели в жизни?
Чувствуете ли вы, что у вас ещё есть много дел в жизни?
ПАРАМЕТР 6: САМОПРИНЯТИЕ
Довольны ли вы своей жизнью?
Чувствуете ли вы себя в целом уверенно и позитивно?
Чувствуете ли вы, что у многих знакомых вам людей жизнь лучше, чем у вас?

Группы обсуждают между собой причины своих оценок в каждом параметре.

После завершения дискуссии группа собирается вместе, чтобы обсудить свои профили и результаты опросников под руководством тренера. Возможные ключевые вопросы для участников:

- 1) Поставили ли вы высокий балл в одном параметре и низкий балл в другом? Каковы были причины для вашей оценки?
- 2) Что вы узнали о себе?
- 3) Что вас удивило?
- 4) Как влияет на вас внутренняя стигма и в каких областях вашей жизни она влияет на вас больше всего?

В тех случаях, когда участники использовали примеры профилей, в ходе обсуждения можно также рассмотреть различия между профилями. На основе наблюдений можно сделать вывод, что у некоторых людей очень высокий уровень благополучия в определённых параметрах Рифф и очень низкий в других.

Упражнение 2 (60 минут) «Верите ли вы всему, о чем думаете? У меня Туберкулез и это значит...» (негативные убеждения, причины, последствия, преодоление). Работа в группах.

Это упражнение поможет людям начать понимать то, насколько мощный эффект оказывают негативные мысли о ТБ на их жизнь и помочь им понять, какова будет их жизнь без этих мыслей. Затем участники могут исследовать противоположность своих первоначальных убеждений. У всех нас есть много негативных суждений о себе, и мы можем изменить их, если увидим силу воздействия нашего мышления на жизнь и разрушим эти стереотипы. Суждения других людей о нас имеют силу лишь в том случае, если мы им верим. Мы не можем контролировать мысли других, но мы можем выбрать, верим ли мы им или нет или прикрепляем ли значение к таким суждениям.

Материал: Незаполненное дерево убеждений на флипчарте, незаполненные деревья убеждений для участников, ручки и маркеры

Тренер предлагает участникам следующее:

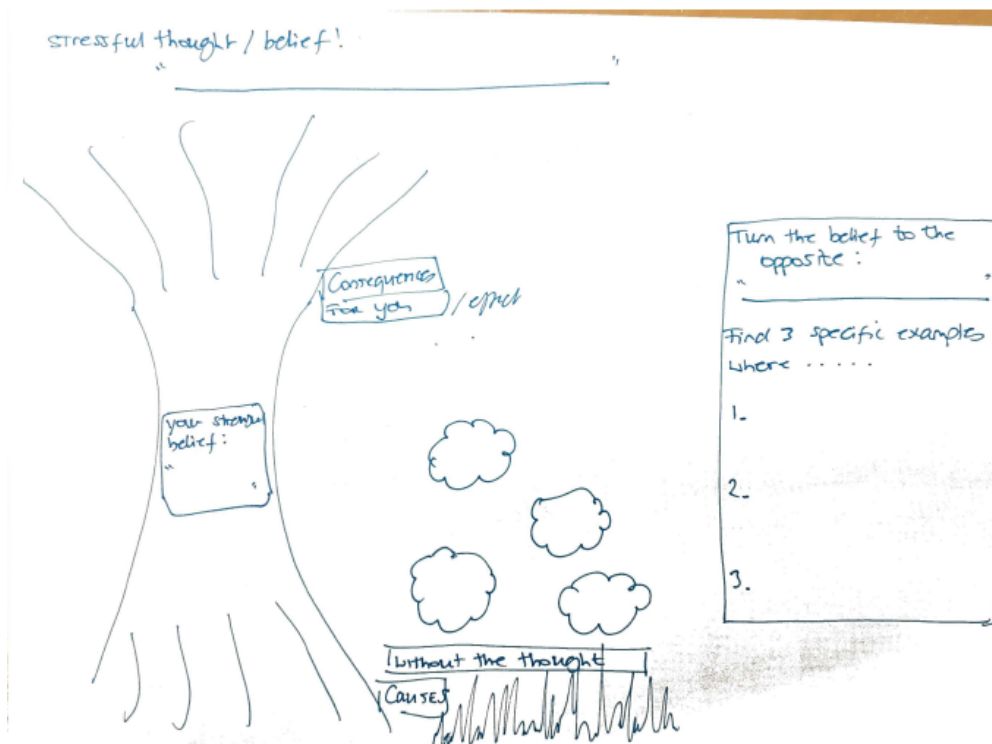
1. Подумать о том, что общество думает о людях с ТБ.
2. Подумать о тех моментах, когда ТБ действительно оказал на вас влияние.
3. Предложите участникам составить список:
Я заболел ТБ, и это значит ...
4. Когда у каждого будет готов свой список, попросите участников обвести два наиболее существенных пункта, которые вызывают у них наибольший стресс, и попросите их поделиться ими с группой.
5. Теперь возьмите одно убеждение, которое есть в списке нескольких участников, и перенесите его в качестве группы на «Дерево убеждений».
6. Запишите убеждение (например, «Это моя вина») в пространство посреди дерева.
7. Затем попросите участников назвать причины этого убеждения (например, низкая самооценка, культурные нормы, средства массовой информации и т. д.) Запишите их в качестве корней дерева.
8. Затем попросите участников назвать последствия веры в мысль «Я грязный». Последствия могут включать в себя изоляцию, обвинение других, стыд, отсутствие ощущения свободы воли, нежелание искать поддержку и т. д. Запишите их в качестве ветвей дерева.
9. Теперь попросите участников подумать, какими бы они были без этой мысли. («Если бы у вас не было такой мысли, даже на мгновение, какими бы вы были?», т.е. более

Примеры, которыми можно поделиться с другими:

У меня ТБ, и это значит, что:
Я грязный.
Я недостоин любви.
Я не заботился о себе.
Это моя ошибка.
Моя семья будет подвергаться дискриминации.
Я буду обузой для своей семьи.

умиротворёнными, уверенными в себе, оптимистичными). Запишите каждое последствие в качестве цветов нового сада.

10. Теперь попросите участников «перевернуть» оригинал, изучить противоположность этой мысли и найти три подлинных примера тому, где это верно. Например, «я не грязный, когда поддерживаю других».
11. Предложите участникам выполнить это упражнение в одиночку как средство саморефлексии. Они должны заполнить два дерева убеждений, используя две мысли, которые они обвели.
12. По завершении упражнения попросите участников поделиться тем, что они узнали.



Пример Дерева-убеждений

Завершение сессии (20 минут) Тренер подводит итог сессии по внутренней стигме, уделяя акцент внутренним убеждениями, от которых зависит не только внутреннее состояние человека, а также и внешняя событийность.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

COVID-19 (10 мин)

Ожидаемые результаты

Участники могут:

- соблюдать меры инфекционного контроля во время работы с людьми, затронутыми ТБ, особенно в разрезе ситуации с COVID-19.
- правильно подать информацию о коронавирусной инфекции в случае необходимости

До начала презентации участникам предлагается обсудить роль НПО в оказании услуг во время карантина и проверить знание кашлевого этикета. Задать вопросы: что вы знаете о COVID-19, какие меры должны обязательно применяться в рутинной работе с людьми, затронутыми ТБ, как еще можно максимально снизить риск передачи инфекции во время работы? После обсуждения участникам будет представлена презентация.

Подведение итогов дня (10 мин)

4 день тренинга

Обзор вчерашнего дня (20 мин).

Адвокация

Мозговой штурм (10 мин). Тренер просит участников поделиться своими мыслями о том, что для них означает слово «адвокация». Участников просят привести примеры деятельности, которую они считают адвокацией, группа их обсуждает.

Презентация (30 мин) «Адвокация в борьбе с ТБ» (**Приложение №15**)

Мозговой штурм (20 мин). Тренер спрашивает участников, какие самые распространенные адвокационные мероприятия они могут назвать. После обсуждения обобщает и дополняет список:

Адвокация осуществляется посредством ряда мероприятий, зачастую несколькими одновременно, чтобы мобилизовать общественную поддержку и воздействовать на высокопоставленных политиков и ключевых лиц, принимающих решения. Самыми распространенными являются следующие:

- парламентские дебаты и другие политические события;
- пресс-конференции;
- новостные сюжеты;
- телевизионные и радио ток-шоу;
- саммиты, конференции и симпозиумы;
- выступления известных публичных личностей;
- встречи представителей различных парламентских групп и общественных организаций, организаций людей, затронутых ТБ, медработников;
- встречи партнерских организаций (круглые столы, рабочие группы и др.);
- официальные меморандумы;
- публикации в соцсетях
- мирные митинги
- петиции.

Упражнение 1 (40 мин). Упражнение показывает, как с помощью адвокационных мероприятий можно преодолеть существующие барьеры на пути к идеальному поведению пациента. Тренер раздает раздаточный материал «Ситуационные задачи по адвокации» (**Приложение №16**), дает участникам 2-3 минуты, чтобы прочитать текст и задает следующие вопросы (они одновременно демонстрируются на экране):

1. Какой этап идеального поведения человека с ТБ в борьбе с ТБ («От кашля к выздоровлению») затрагивается в этой ситуации? Какой главный барьер на пути к идеальному поведению человека с ТБ в этой ситуации?
2. Какое мероприятие по адвокации могло бы помочь в преодолении этого барьера (адвокация политики, программная адвокация или медиа-адвокация)? Достаточно ли одного или требуется несколько видов адвокации?
3. Какие главные целевые аудитории для этих мероприятий по адвокации? Как лучше всего найти доступ к этим целевым аудиториям?
4. Какие партнерские организации нужно будет привлечь для адвокационных мероприятий?
5. Какие нормативные документы должны быть приняты, а в какие следует внести изменения?

Тренер подчеркивает, что очень важно сначала определить существующие препятствия (барьеры на пути к идеальному поведению человека с ТБ), а потом решить, можно ли с помощью мероприятий по адвокации преодолеть их.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Упражнение 2 (1 час 40 мин). Тренер раздает рабочую таблицу: Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ (**Приложение №17**) и материал «От кашля к выздоровлению: путь идеального поведения в борьбе с ТБ» (**Приложение № 18**). Задание: используя полученные материалы, нужно определить главные проблемы в контроле за ТБ, почему не получается достичь идеального поведения людей с ТБ. Тренер напоминает три главных проблемных этапа на пути:

- пациенты не обращаются или несвоевременно обращаются за медицинской помощью для диагностики ТБ (выявления случаев ТБ);
- люди с ТБ не лечатся после постановки диагноза ТБ;
- люди с ТБ не проходят полный курс лечения (отрывы от лечения)

Тренер предлагает участникам обсудить следующие вопросы:

- Какой этап самый проблемный?
- В чем причины возникших проблем?
- Решение каких проблем является приоритетным?
- Какие барьеры необходимо устранить в первую очередь?
- Где можно достичь наилучших результатов?

Участникам предлагается проанализировать барьеры на индивидуальном, групповом и системном уровнях. Участники должны вписать их в рабочую таблицу «Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ» по степени приоритетности.

Далее раздается рабочая таблица «Мероприятия по адвокации» (**Приложение №19**). Участников просят просмотреть барьеры на пути идеального поведения человека с ТБ, которые они записали в своей рабочей таблице «Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ». Они должны выбрать две-три первоочередные проблемы (барьеры) в наличии ресурсов, политике или системе здравоохранения.

Затем тренер предлагает участникам провести мозговой штурм и наметить приоритетные мероприятия по адвокации, которые помогли бы устранить эти барьеры и добиться положительных изменений в поведении (побудить пациентов следовать идеальным путем). Участники должны подумать о таких мероприятиях, где они могли бы получить наилучшие результаты с учетом имеющихся ресурсов и других факторов. Ответы участников должны быть записаны в рабочей таблице.

После этого тренер просит двух участников представить проблемы, решением которых, по их мнению, необходимо заняться в первую очередь, и назвать предложенные ими мероприятия по адвокации из своей рабочей таблицы. После этого все участники высказывают свое мнение. Тренер подчеркивает, что их замечания и оценка помогут критически оценить свои решения.

Обед (60 мин)

Туберкулез и гендер

Общая дискуссия (20 мин). Всем участникам предлагается индивидуально подумать над тем, как сложилась бы его (ее) судьба, если бы он или она родились бы человеком другого пола. Вопросы для обсуждения: ваша судьба отличалась бы от нынешней? В позитивном или негативном плане? Почему вы так считаете? Это упражнение помогает вскрыть стереотипы о гендерных стереотипах и их последствиях для человека.

Презентация (20 мин) «Туберкулез, гендерные факторы и права человека»

Работа в группах (50 мин). Участники объединяются в две группы. Задание: 1. выписать особые потребности женщин и мужчин из ключевых групп: ЛЖВ, мигранты и контактные лица с ТБ, проходящих курс противотуберкулезной терапии (в стационаре и амбулаторно) и препятствия к их удовлетворению, 2. Предложить варианты преодоления этих препятствий на всех уровнях. После обсуждения важно сделать акцент на том, что особые потребности разных людей – это реальность, с которой нельзя не считаться. Если закрывать на них глаза, мы получим снижение приверженности лечению ТБ.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Дистанционное обучение

Индивидуальная работа (30 мин). *Мотивационное упражнение:* Участникам предлагается разработать стратегию развития своей карьеры: 1. Кем я вижу себя через 3 года в профессиональном плане; 2. Моя цель на этот год; 3. Задачи – этапы или шаги на пути к достижению цели; 4. Препятствия на пути к цели. Далее в ходе общей дискуссии обсуждаются вопросы: Моя ли это цель? Что даст мне ее достижение? Что мешает мне действовать? Какую роль в моем стратегическом плане играет обучение? Что мешает мне учиться?

Презентация (20 мин) «Дистанционное обучение» (Приложение №23).

Подведение итогов дня (20 мин)

5 день тренинга

Обзор вчерашнего дня (20 мин).

Основы интерактивного обучения

Ожидаемые результаты

Участники могут:

1. Перечислить принципы интерактивного обучения
2. Предоставлять достоверную информацию на доступном языке
3. Провести мозговой штурм, интерактивную презентацию, общую дискуссию и работу в группах

Презентация (60 мин) «Основы интерактивного обучения» (**Приложение №21**)

Общая дискуссия (20 мин). Участникам предлагается перечислить, чем отличается проведенная только что лекция от классического формата преподнесения материала и оценить влияние этих отличий на восприятие материала. Какие плюсы и минусы могут быть у такого подхода и возможно ли его применение при проведении обучения в их организациях.

Доступность и достоверность информации

Работа в группах (40 мин). Участники делятся на три группы (каким угодно образом). Каждой группе выдается текст – фрагмент из Клинического руководства ВОЗ «ВИЧ/ТБ» (**Приложение №22**). Задание – перевести предложенный текст на язык понятный простому человеку без специального образования. После презентаций групп необходимо обсудить следующие вопросы: Какие трудности возникали в ходе выполнения задания? Какое отношение — это упражнение может иметь к тренингу тренеров? Какие выводы можно сделать из этого упражнения? После сбора ответов на эти вопросы, обратите внимание участников на следующие моменты:

- Важно самому разбираться в том, что ты говоришь участникам. Для этого необходимо изучить все аспекты темы и проверить правильное понимание проконсультировавшись со специалистами в этой области (в данном случае с грамотными и опытными фтизиатрами).
- Важно преподносить информацию на понятном языке, иначе это пустая трата времени – никто ничего не поймет, либо еще хуже – поймет неправильно.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Мозговой штурм (20 мин). Вопрос группе – что вы точно знаете о туберкулезе? После того, как лист будет заполнен утверждениями, обсудите каждое из них – вы уверены в этом? Почему вы так уверены? Кто вам это сказал? А вдруг это не так? Как это доказать? Заключение обсуждения необходимо заострить внимание участников на следующих моментах:

- Все что вы говорите, должно иметь подтверждение в авторитетных источниках, например, в материалах ВОЗ или в нормативно-правовых актах РК.
- В спорах с участниками ваших будущих тренингов относительно достоверности той или иной информации, не обязательно «на смерть» стоять на своем. Достаточно сказать, что эту информацию вы не придумали, а взяли из авторитетных источников, которым доверяете, потому что они основаны на научных исследованиях.

«Проблемное» поведение учащихся

Мозговой штурм (10 мин). Вопрос – какие виды «проблемного» (мешающего процессу обучения) поведения могут встречаться на тренингах? Анализ – выделить и объединить сходные варианты поведения. Тренер помогает участникам выделить несколько основных групп вариантов (например, проявления агрессии, проявления безразличия к теме тренинга и др.).

Работа в группах (60 мин). Группа делится по числу основных вариантов «проблемного» поведения. Задание – ответить на вопрос: «Как тот или иной вариант проблемного поведения можно использовать для повышения эффективности тренинга?». Подводя итоги важно дать понять участникам, что варианты, так называемого, «проблемного» поведения являются симптомами сопротивления. Сопротивление – естественная реакция человека на изменения. К изменениям можно отнести и предлагаемую новую информацию, и предлагаемые новые модели поведения. Человеку свойственно относиться с подозрением к любым изменениям, особенно, если эти изменения могут нарушить привычный для него порядок вещей и требуют от него определенных усилий. Так называемые «проблемные участники» могут быть «индикаторами» состояния группы. Своими высказываниями или поведением они показывают, как большинство участников реагируют на то или иное поведение тренера. Многие участники делают вид, что все идет нормально, им все понятно и интересно. Именно «проблемные участники» показывают истинное положение вещей. Кто-то спит – значит, тема неинтересна большинству участников или излагается непонятно. Кто-то постоянно спорит с вами – возможно, вы торопите события или давите на участников, не принимая во внимание их интересы и т.д. Поэтому, сталкиваясь с «проблемным» поведением – спросите себя, а не я ли каким-то образом провоцирую эти процессы?

Обед (60 мин)

Практика интерактивного тренинга

Практика (90 мин). Участники объединяются в тройки, каждая из которых получает распечатанную инструкцию по проведению мозгового штурма, интерактивной презентации, общей дискуссии и работы в группах (**Приложение №24**). Задание – подготовить и провести сессию на любую из пройденных тем, продолжительностью 15 минут, включающую применение любой из предложенных методик работы с группой или их комбинаций. Предупредите, что выступления будут записываться на видео с тем, чтобы потом увидеть себя со стороны и обсудить пути повышения качества работы.

ПЕРЕРЫВ (20 мин)

Анкетирование (20 мин). Используются такие же анкеты как перед началом тренинга.

Вручение сертификатов (20 мин). Желательно чтобы сертификаты торжественно вручались руководителем организации, организовавшей тренинг и/или донорской организации

Подведение итогов тренинга (30 мин). Все участники и ведущие садятся в круг и по очереди отвечают на вопрос «С чем я уйду с этого тренинга – что полезного я узнал и чему полезному научился».

Приложения

Приложение 1. Оценка эффективности тренинга

Уважаемый участник тренинга!

Предлагаемое вашему вниманию анкетирование является частью работы, проводимой в рамках проекта USAID по ликвидации туберкулеза в центральной Азии (ETICA). Цель опроса – оценка эффективности тренинга. Результаты исследования будут использованы для планирования и проведения дальнейших обучающих мероприятий в рамках Проекта. В случае, если вы не хотите участвовать в анкетировании, вы можете отказаться. Это решение никоим образом не повлияет на перспективы Вашего участия в других мероприятиях Проекта. Мы гарантируем полную конфиденциальность данного опроса.

Понятна ли Вам эта информация? Да Нет

Дата анкетирования число _____ месяц _____ год _____
Город _____

Уникальный код идентификации.
Например, если имя Вашей матери - Мадина, Вашего отца – Рустам, вы мужчина, и Вы родились в 1970 году, то Ваш код:

Впишите первые две буквы имени матери
Первые две буквы имени отца
Пол 1 – мужской, 2 – женский
И две последние цифры года рождения

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

[МА] [РУ] [1] [70]

Отметьте правильные на ваш взгляд варианты ответов. Некоторые вопросы подразумевают один правильный ответ, некоторые – несколько правильных ответов.

1.	Какие режимы лечения ЛУ ТБ используются в Казахстане?	1. Стандартный 2. Краткосрочный 3. Индивидуализированный 4. Все вышеперечисленное 5. Не знаю
2.	Какое исследование нужно провести всем лицам с подозрением на ТБ?	1. Xpert MTB/RIF 2. Определение чувствительности к препаратам второго ряда 3. Посев на среду Левенштейна-Йенсена 4. Все вышеперечисленное 5. Не знаю
3.	У лиц с ЛУ ТБ, диагностированной с помощью Xpert MTB/RIF устойчивостью, дополнительно должны быть проведены:	1. Мазок мокроты 2. Культура и ТЛЧ к препаратам первого ряда (ППР) 3. LPA (ХАЙН-тест) к ППР и препаратам второго ряда (ПВР), посевы и ТЛЧ к ПВР 4. LPA к ППР 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
4.	У молодого человека кашель более 2 недель, слабость, потливость. Он утверждает, что делал рентгенографию на прошлой неделе, но заключения и снимка у него нет. Ваши действия:	1. Направить его к знакомому терапевту 2. Отвести его к участковому врачу 3. Сказать ему, что он должен пройти рентгенографию, микроскопию мокроты и затем пойти в поликлинику 4. Не знаю

5.	Какое утверждение верно в отношении новых режимов лечения ЛУ-ТБ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. В Казахстане применяются только новые режимы лечения ЛУ-ТБ 2. Краткосрочный режим лечения можно использовать для лечения беременных женщин 3. Новые режимы лечения более эффективны для лечения ЛУ-ТБ 4. Интенсивная фаза краткосрочного режима составляет как минимум 6 месяцев 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
6.	Укажите критерий для включения на ВНЛ	<ol style="list-style-type: none"> 1 Перерыв в лечении более 3 дней 2 Лечение без перерывов 3 Отказ от приема ПТП 4 Злоупотребление алкоголем
7.	Кто из этих лиц может быть включен в группу лечения ВНЛ	<ol style="list-style-type: none"> 1 ЛУИН 2 БОМЖ 3 Беременная женщина 4 Нарушитель режима
8.	Консультирование включает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Целенаправленную беседу 2. Выслушивание клиента 3. Оценку действий клиента 4. Советы и рекомендации 5. Помощь клиенту в его рассказе 6. Предоставление достоверной информации 7. Направление на правильный путь 8. Все вышеперечисленное 9. Не знаю
9.	Амбивалентность это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Одновременное существование двух патологических мотивов 2. Одновременное существование двух противоречивых мотивов 3. Одновременное существование двух аналогичных мотивов 4. Все вышеперечисленное 5. Не знаю.
10.	Стигматизация это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обнаружение людей по какому-либо признаку 2. Обескураживание людей по какому-либо признаку 3. Обесценивание людей по какому-либо признаку 4. Обожествление людей по какому-либо признаку 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
11.	Дискриминация это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Защита прав человека по какому-либо признаку 2. Нарушение прав человека по какому-либо признаку 3. Утверждение законных прав человека и гражданина 4. Рост ответственности человека перед обществом 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
12.	Что такое внутренняя стигма?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Негативное отношение со стороны коллег 2. Отлучение от семьи 3. Ограничение жизненных возможностей 4. Самобичевание 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
13.	Перечислите причины развития внутренней стигмы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Негативное отношение общества 2. Стереотипы 3. Религия 4. Воспитание 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
14.	Стигматизация и дискриминация:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Способствуют росту заболеваемости ТБ 2. Снижают заболеваемость ТБ

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Никак не влияют на заболеваемость ТБ 4. Все вышеперечисленное 5. Не знаю
15.	Адвокатура – это:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Юридическая помощь и представительство в суде 2. Мероприятия по защите прав пациентов 3. Мероприятия для получения политической и социальной поддержки позитивных изменений 4. Мероприятия для получения льгот и привилегий 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
16.	Цель адвокатуры в борьбе с ТБ	<ul style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить социальную изоляцию и дистанцирование пациентов с ТБ 2. Мобилизовать политическую поддержку программ борьбы с ТБ 3. Поддерживать на нужном уровне финансирование программ борьбы с ТБ 4. Скорректировать эпидемиологические показатели в сфере выявления и лечения ТБ 5. Все вышеперечисленное 6. Не знаю
17.	Интерактивный тренинг включает:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Создание безопасной, доверительной атмосферы 2. Оценку высказываний и действий учащихся 3. Обсуждение новой информации учащимися 4. Тренировку новых умений 5. Подведение учащихся к правильным выводам 6. Пресечение споров и разногласий 7. Своевременную критику ошибочных выводов 8. Наставления, основанные на опыте 9. Все вышеперечисленное 10. Не знаю

Приложение 2. Основные сведения о туберкулезе

1. Туберкулез одно из самых древнейших заболеваний, при раскопках в пирамидах нашли микобактерии ТБ в спящем состоянии (L-формы). Во множестве древнейших свитков из Вавилона, Индии, Месопотамии, Египта есть упоминание о ТБ. От туберкулеза скончалось очень много деятелей и известных личностей, таких как А.Чехов, М.Горький, Ш.Уалиханов. Известный актер В. Золотухин болел ТБ костей, С.Ротару перенесла ТБ легких в молодые годы.
2. Туберкулез – это инфекционное заболевание, передающееся воздушным путем, во время кашля облако из мельчайших взвешенных дисперсных частиц может распространяться в радиусе до 5 метров. Для того чтобы заболеть ТБ нужен длительный контакт с заразным человеком, болеющим открытой формой ТБ-когда он выделяет в окружающую среду микобактерии ТБ при кашле, разговоре или чихании. Тесное, замкнутое, не проветриваемое пространство, где длительно находится человек с ТБ увеличивает шансы заболеть ТБ у тех, кто часто контактирует с таким человеком.
3. Наряду с контактом с человеком ТБ свою роль могут сыграть внутренние и внешние факторы, сопутствующие заболеванию ТБ. Совокупность этих факторов, длительный контакт с человеком с ТБ, плохие условия, неполноценное питание повышают риск заболевания ТБ.
4. Каждый из вас знает основные признаки ТБ, давайте вместе их повторим и проверим себя, все ли мы с вами помним (попросите участников по одному перечислить признаки и сравните со слайдом). На первом месте, конечно же, стоит кашель, но иногда ТБ может протекать практически бессимптомно, особенно на ранних стадиях заболевания. Либо человек не придает значения тем симптомам, которые у него были или же, например, у человека хронический бронхит курильщика и он кашляет постоянно. В таких случаях нужно уточнить, когда клиент в последний раз проходил ФГ органов грудной клетки или же был на приеме у врача и какие обследования он проходил за последние 6 месяцев. Если человек входит в число людей из высоких групп риска и не проходил скрининг в последние 6 месяцев, его нужно направить или сопроводить на прием к врачу.
5. Важную роль в работе НПО играет соблюдение мер инфекционного контроля. Каждый сотрудник должен максимально обезопасить себя в работе с людьми, поэтому нужно открыто говорить каждому человеку о правилах соблюдении этикета кашля. Кашляющих нужно просить надеть маску, вытирать после работы ручки, поверхности сумок, записных книжек (блокнотов и т.д.), руки протирать дезинфицирующими растворами или антибактериальными салфетками. Также важно объяснять всем, как важно не плевать на улице, потому что мелкие частицы пыли с микобактериями ТБ могут вдыхаться здоровыми людьми. Во время кашля стараться прикрывать рот салфеткой (платочком, рукавом) либо тыльной стороной ладони. Использованные салфетки не разбрасывать на улице.
6. Ведение здорового образа жизни снижает шансы заболеть ТБ.

Резюме – ТБ инфекционное, заразное заболевание, передающееся воздушным путем от больного человека к здоровому. Заболеванию способствует ряд внутренних и внешних факторов, признаки заболевания ТБ- кашель более 2 недель, потеря веса, периодическое повышение температуры тела (37 -37,5), потливость по ночам, боли в грудной клетке, потеря аппетита, кровохарканье. При выявлении признаков ТБ немедленно обратитесь к врачу. Соблюдайте этикет кашля и постоянно напоминайте окружающим о его соблюдении.

Приложение 3. Диагностика ТБ

1. Меры выявления - раннее выявление – чем быстрее будет выявлен человек с ТБ, тем меньше людей он успеет заразить, научно установлено, что 1 пациент в год может заразить до 15 человек. Изоляция людей с активной формой ТБ.
2. Правильное и своевременное лечение – чем быстрее будет начато лечение, тем быстрее человек перестанет представлять опасность для окружающих. В Казахстане пациент должен начать лечение в течение 5 дней с момента постановки диагноза.

3. Обеспечение индивидуального подхода к каждому человеку. Выявление контактных лиц, это тот круг работы, который может выполнять НПО, опрос, выявление всех контактных и работа с ними в плане обследования на ТБ.
4. Как выявляется ТБ - 2 вида активный и пассивный скрининг, пассивный, когда человек при наличии симптомов самостоятельно обращается к врачу. Активный – это работа с контактными, работа с лицами из групп риска, подворовые обходы медработников и так далее. В этой части НПО могут активно проявить себя и использовать как опросы, так и анкетирование, сопровождение и консультирование.
5. Скрининг — это процесс выявления людей с подозрением на ТБ в заранее определенной целевой группе с использованием опросника, тестов, обследований или других процедур, которые можно быстро применить. Скрининг нацелен на людей, которые обращаются за медицинской помощью: потому что у них нет симптомов, потому что они не понимают, что у них есть проблема со здоровьем, которая требует медицинской помощи, потому что существуют препятствия для доступа к медицинской помощи или по другим причинам. И здесь немаловажную роль играют НПО, большинство людей не проходят ежегодное обследование, и задача НПО правильно информировать, направить и зачастую и сопроводить таких людей на прием к врачу.
6. Ключевые группы населения эта та часть населения, которая имеет предрасположенность к заболеванию туберкулезом, что может быть обусловлено как медицинскими факторами, так и социальными факторами риска.
7. Давайте вместе вспомним какие группы вы знаете – лица, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), лица злоупотребляющие алкоголем (ЛЗА), лица без определенного места жительства (БОМЖ), лица употребляющие наркотики (ЛУН/ЛУИН), мигранты, лица прибывшие из мест заключения, предоставляющие интимные услуги за вознаграждение (ЛПИУВ)
8. Ключевые затронутые группы населения – те, кто имеет повышенную подверженность заражения микобактериями ТБ (например - лица из близкого контакта, персонал различных учреждений где имеются пациенты с ТБ). Лица, имеющие ограниченный доступ к медицинским услугам (мигранты, лица без документов, БОМЖ, люди с низким уровнем дохода). Лица, находящиеся в зоне повышенного риска заболеваемости ТБ в силу биологических и поведенческих факторов, повреждающих иммунную систему (после операции, получающие гормоны, ЛЖВ, получающие иммуносупрессоры, с СД, онкопациенты и т.д.)
9. Круги контактов – различают три круга тесный бытовой, тесный не бытовой, случайный контакт. Для определения этих кругов используются таблицы, которые у вас распечатаны. В этих таблицах определяется время и место пребывания с индексным случаем (заболевшим ТБ), эту информацию аутрич-работники могут получить во время тщательного опроса пациента.
10. Тесный бытовой контакт – человек, который проживает в одной семье с лицом, являющимся источником заражения 1 и более ночей в одном жилом помещении или часто посещает, или длительно контактирует с ним в течение дня на протяжении 3-х месяцев до начала текущего эпизода лечения, а также ведет общее хозяйство (члены семьи или другие лица – друзья, родственники и др). Тесный не бытовой контакт - человек, который не находится в домохозяйстве, но длительное время в течение дня разделяет замкнутое пространство с индексным пациентом, например, на месте работы, учебы, детских учреждениях или другом общественном месте, на протяжении 3-х месяцев до начала текущего эпизода лечения. Случайные контакты и контакты из сообществ - частые гости, друзья, дальние родственники, случайные контакты с источником инфекции (в школах, кружках, на работе и т.д.), мед. работники и другие лица, которые имеют контакт с больным ТБ.
11. Для определения приоритетности обследования можно воспользоваться следующим способом: самыми первыми обследуются контакты высокого приоритета — это группы риска из тесных контактов, тесные контакты, группы риска из случайных контактов, затем во вторую очередь идут случайные контакты и группы риска из контактов общества и наконец последними обследуются контакты низкого приоритета и контакты из общества.
12. Диагностика ТБ – для верификации диагноза ТБ применяются различные методы, основными методами, которые необходимы и без которых зачастую невозможно выставить верный диагноз — это лабораторные бактериологические методы. К ним

относятся микроскопия по Циль-Нильсену, посевы на жидкие и твердые среды (БАКТЕК и Левенштейн-Йенсен), генно-молекулярные исследования материала (GeneXpert и LPA/SLPA HAIN), у каждого из этих методов имеются свои преимущества и недостатки

13. Микроскопия – очень дешевый, быстрый метод, применяется в мониторинге лечения, очень эффективен при выявлении лиц с ТБ, постепенно заменяется в качестве начального теста Xpert MTB / RIF.
14. Xpert MTB/RIF: время для выявления 2 часа, высокочувствительный (96,7%) и специфичный (98,6%) тест, рекомендован ВОЗ как стандартный тест, позволяет быстро выявить пациентов с МЛУ ТБ, позволяет выявить ТБ у лиц с отрицательным мазком мокроты. Используется только для диагностики ТБ (вопрос аудиторией-почему). Но цена на картриджи и обслуживание все еще остается высокой, требует, как минимум компьютер и принтер, и, желательно отдельное помещение.
15. Культуральные методы - Бактек – посев на жидкие среды и посев на твердые среды по Левенштейн-Йенсену, длительность ожидания результатов колеблется от 28 до 70 дней. Возможно несоответствие с молекулярными тестами, для работы с ними требуются обученные лаборанты и инфраструктура (отдельные кабинеты, оборудование –БШБ, термостаты и т.д.), биологическая опасность (от 2 до 4% твердые среды, выше с жидкими средами ≈ 8%). Определяют ТЛЧ на все препараты при наличии активных субстанций. Используются как для диагностики, так и для контроля лечения.
16. ХАЙН тест - может дать отрицательный и недействительный результат в мазках с отрицательным / скудным образцом, важно соблюдать меры безопасности и требует отдельных кабинетов с постоянной их обработкой так как имеют формат открытых пробирок: перекрестное загрязнение. Обученный персонал и инфраструктура, наличие ПЦР. Требуется специализированного оборудования и постоянной подачи электроэнергии.
17. Требуется лаборатория биологической безопасности 2 и 3 уровня и постоянная коррекция результатов. В течение 1 дня позволяет выявить устойчивость в Рифампицину и Изониазиду, а также к фторхинолонам и ИПВР, что очень важно при выборе режима лечения у людей с ЛУ формами ТБ
15. Резюме - микроскопия мазка остается важной для мониторинга ответа на лечение, Xpert MTB / RIF рекомендуется в качестве начального диагностического теста, для раннего выявления пациентов с устойчивостью к Рифампицину. Всем пациентам с устойчивостью к Риф / МЛУ-ТБ требуется проведение LPA (ХАЙН) (быстрое обнаружение устойчивости к фторхинолонам и ИПВР). Важно выполнение фенотипического ТЛЧ для контроля лечения ЛУ-ТБ. Отрицательный лабораторный тест (мазок, Xpert MTB / RIF, LPA, культура) не означает, что у человека нет туберкулеза!

Приложение 4. Задачи к теме "Выявление ТБ"

1. Какие методы используются для выявления ТБ?
2. Результат обследования на GХpert положительный, микроскопия отрицательная – ваши действия?
3. У клиента кашель более 2-х недель - ваши действия?
4. Результат обследования на GХpert показал устойчивость на Рифампцин – что это такое?
5. Что такое ТЛЧ и для чего оно необходимо?
6. ТЛЧ показал устойчивость на Рифампицин и Амикацин, как вы объясните результаты клиенту?
7. Сколько кругов контактных вы знаете?
8. Кого из контактных необходимо обследовать в первую очередь?
9. Молодой человек заболел ТБ, 1 месяц назад он 5 раз покупал цветы в магазине в квартале от дома. Относится ли к кругу контактных продавец, если да, то к какому?
10. В доме заболел ТБ ребенок 5 лет, на момент выявления никто из домочадцев не болел ТБ, ваши действия.
11. Расскажите основные шаги алгоритма выявления ТБ.
12. Что такое группы риска по ТБ?
13. Перечислите основные группы риска по ТБ в Казахстане?
14. Относится ли к группе риска житель Казахстана, который выехал на заработки в другую область и через полгода вернулся на основное место жительства?
15. Расскажите почему важно обследовать группы риска в первую очередь?

Приложение 5. Лечение ТБ

1. Изониазид - первый лекарственный препарат, известный как «тубазид», создан в 1912 году А. Т. Качугиным, широкое клиническое применение препаратов ГИНК началось с 1952 года. ГИНК использовался сначала как топливо для реактивных ракет. Активное вещество ГИНК, связанное с тибоном и спиртами, послужило основой для следующих антибиотиков, которые сейчас широко используются в лечении ТБ – протионамид и этионамид, именно тибон дает тот самый «мышинный запах» на который часто жалуются пациенты. В 1943 Зельманом Ваксманом обнаружен Стрептомицин, в 1946 году начинает широко использоваться для борьбы с туберкулезом и проказой. Стрептомицин синтезирован из почвы, перед его изобретением Ваксманом были обнаружены еще 3 антибиотика, которые не подошли для лечения людей из-за неэффективности или очень сильной ядовитости. В 1952 г. Ваксман получил Нобелевскую премию за изобретение стрептомицина. После 60-х годов было изобретено множество антибиотиков, которые в последующем стали использоваться в лечении ТБ. В 1967 открыт Рифампицин, в 1972 введен препарат Этамбутол. Но потом только через 40 лет были синтезированы новые противотуберкулезные препараты.
2. ЛУ ТБ — это лекарственно устойчивый ТБ, если выявлена устойчивость к рифампицину то это уже ЛУ ТБ. Для выявления ЛУ форм ТБ используется ТЛЧ-тест на лекарственную устойчивость
 - МЛУ ТБ — особая форма туберкулеза, при которой микобактерии ТБ становятся устойчивыми (резистентными) к двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам — изониазиду и рифампицину и возможно другим препаратам
 - Пре-ШЛУ ТБ- это форма туберкулеза при которой отмечается лекарственная устойчивость по меньшей мере к H, R, и к инъекционным препаратам или фторхинолонам
 - ШЛУ ТБ – это форма туберкулеза при которой отмечается лекарственная устойчивость по меньшей мере к H, R, инъекционным препаратам и фторхинолонам
3. Факторы развития МЛУ ТБ – НПО могут сыграть большую роль в повышении приверженности лечению у пациентов с ЛУ ТБ, объясняя все последствия перерывов и убеждая людей с ТБ придерживаться соблюдения режима в лечении, тем самым сотрудники НПО спасают множество людей, предотвращая распространение ЛУ форм ТБ.
4. Выбор лечения осуществляется врачами на ЦВКК (центральном врачебном консилиуме) – врач фтизиатр представляет всю информацию о человеке с ТБ, включая лабораторно-инструментальные данные и уже потом коллегиально принимается решение о выборе того или иного режима. Обязательно берется информированное согласие человека на то или иное лечение.
5. Резюме – для назначения режимов лечения человеку с ТБ должна быть собрана полная информация, выбор лечения проводится на ЦВКК, в Казахстане используются различные режимы лечения, новые режимы лечения выгодны как для пациента, так и для государства. НПО могут внести весомый вклад на этапе лечения людей с ТБ.

Приложение 6. Видеоналюдаемое лечение (ВНЛ)

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) называет одной из важных задач стратегии по ликвидации туберкулеза «Победить ТБ» интеграцию цифровых технологий в мероприятия по профилактике и лечению туберкулеза.
2. Новые информационные и коммуникационные технологии предоставляют значительные возможности для борьбы с туберкулезом на разных этапах.

3. Обычно лечение туберкулеза проводится под непосредственным наблюдением медицинских работников (ННЛ) для улучшения приверженности и обеспечения завершения лечения лиц с активным туберкулезом.
4. Видеонаблюдаемое лечение (ВНЛ) может быть более удобным, ориентированным на лицо, затронутое ТБ, подходом. ВНЛ является одним из экономически-эффективным методом контроля за противотуберкулезным лечением.
5. ВНЛ – это метод дистанционного мониторинга за лечением лиц с туберкулезом в режиме реального времени или в режиме видеозаписи.
6. Данный метод позволяет создать условия для обеспечения доступной и комфортной для лиц с ТБ специализированной помощи на амбулаторном этапе, а также максимального устранения барьеров для полного завершения курса лечения противотуберкулезными препаратами (ПТП).
7. Стандартные операционные процедуры (СОП) разработаны на основе рекомендаций ВОЗ и публикаций об опыте внедрения ВНЛ в других странах. Включают определение, цели и задачи ВНЛ, критерии отбора лиц с ТБ, пошаговый алгоритм действий как медицинских работников, так и лиц с ТБ по организации и проведению ВКЛ, включая информированное согласие и памятку для лица, затронутого ТБ
Цель разработки СОП - обеспечение качественного проведения ВНЛ.
СОП по проведению ВНЛ предназначены для врачей и медицинских сестер противотуберкулезных диспансеров, ПМСП, частных клиник, и для лиц с ТБ, получающих лечение в амбулаторных условиях.
8. Обоснование для проведения ВНЛ:
 - Улучшает приверженность
 - Снижает риск приобретенной лекарственной устойчивости, неудач лечения и рецидивов
 - Снижает затраты
 - Рекомендован ВОЗ
 - Возможность выбора оборудования, используемого для проведения ВНЛ в зависимости от возможностей лиц с ТБ:
 - смартфон
 - планшет
 - компьютер с веб-камерой
 - ВКЛ предусматривает прием ПТП под непосредственным наблюдением медработника в режиме сеансов видеосвязи с использованием таких приложений, как Skype, Viber, WhatsApp и другие.

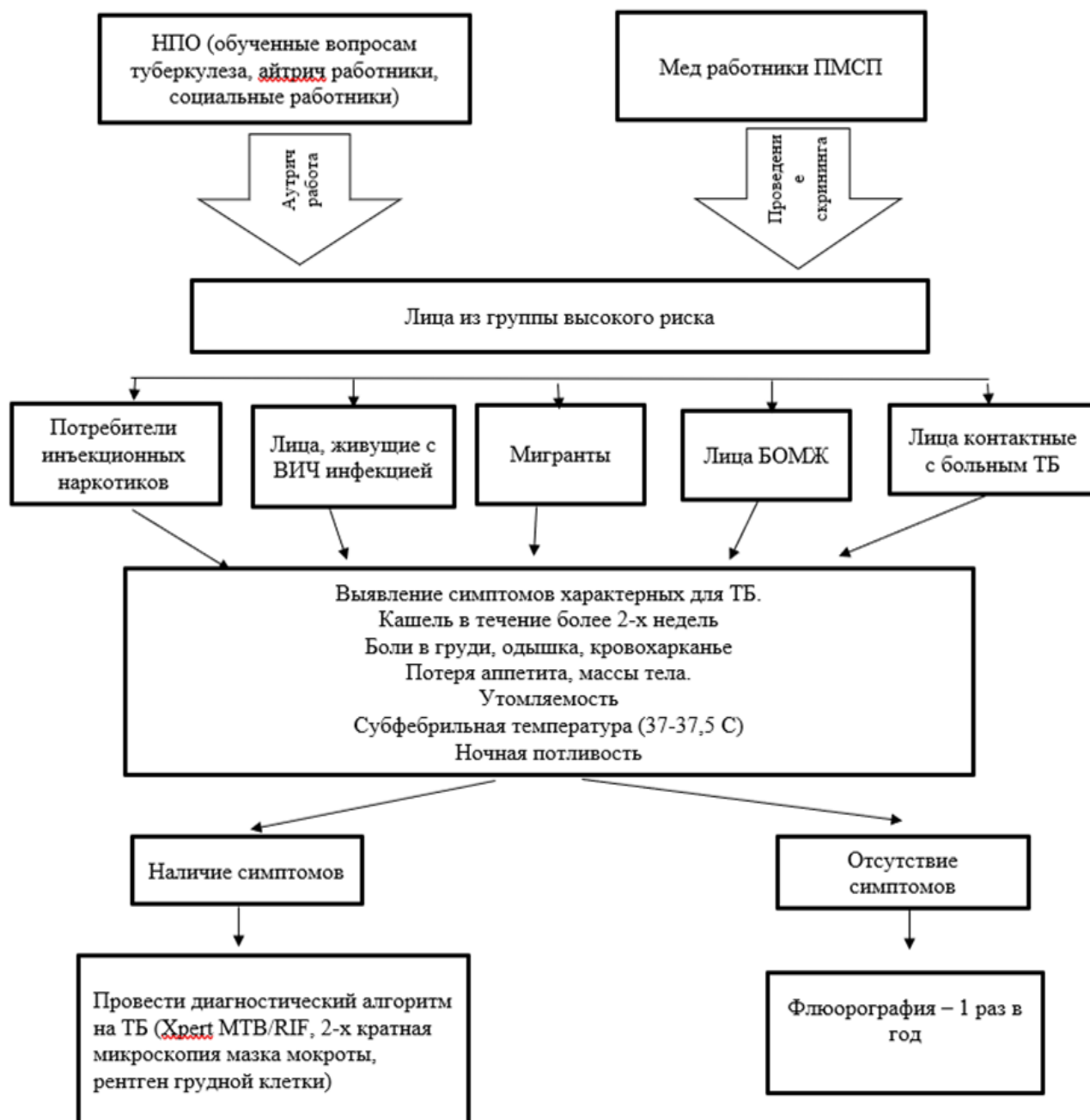
Примечание: Для высоко приверженных лиц с ТБ, находящихся на ВКЛ не менее 3 месяцев, возможно лечение на дому с применением ежедневных СМС-напоминаний, которые рассылает медсестра, ответственная за ВНЛ, с обязательным получением обратного сообщения.

9. Результаты:
 - Обеспечить непрерывность лечения лиц с ТБ.
 - Сокращение транспортных расходов у лиц с ТБ и высвобождение их личного времени.
 - Избежание неудобств для лиц с ТБ, связанных с дальними поездками после принятия препаратов.
 - Снижение нагрузки на медицинских работников для того, чтобы они больше времени уделяли на поддержку менее приверженных лиц с ТБ.

Приложение 7. Профилактика ТБ и инфекционный контроль

1. По последним данным ВОЗ в мире ежегодно насчитывается более 10 млн. человек с ТБ, но к сожалению, только треть проходит необходимое обследование и только треть из них начинают лечение. Ситуация с МЛУ ТБ намного плачевнее, чуть более половины излечиваются, от МЛУ ТБ излечивается только чуть более 14% заболевших, несмотря на все усилия, направленные на борьбу с устойчивыми формами ТБ. Смертность от ТБ в мире очень высокая – каждый 8 умирает, если человек является еще и ВИЧ-инфицированным, то его шансы существенно снижаются. Казахстан входит в число 30 стран с высоким бременем МЛУ ТБ, наряду с такими странами СНГ как Украина, Беларусь, Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан, несмотря на снижение основных показателей за последние 15 лет – заболеваемости в 4 раза и смертности в 10 раз.
2. Важно соблюдать меры ИК, так как они существенно влияют на все этапы ведения людей с ТБ. Исторические документы показывают, какие этапы прошел инфекционный контроль от средних веков до современного мира. Еще не зная, что является причиной заболеваний люди и ученые того времени понимали, что необходима защита, в первую очередь дыхательных путей, которая может помочь в предотвращении заболевания. Так путем проб и ошибок были изобретены первые маски.
3. Инфекционный контроль — это не только маски и респираторы, он охватывает целый комплекс мер, который сопровождает пациента на всех этапах, начиная от разграничения потоков в поликлинике и заканчивая соблюдением правил гигиены дома. Выделяют три вида мероприятий ИК: административный, инженерный и индивидуальный.
4. Наряду с разделением мер ИК, существует и разделение профилактики ТБ на санитарную, специфическую и социальную – все эти виды также являются частью мер инфекционного контроля.
5. Используя индивидуальные средства защиты, вы снижаете распространение инфекции. Важно напоминать населению о ношении маски, особенно во время кашля в местах массового скопления. Всегда имейте с собой несколько масок про запас.
6. Меры ИК особенно актуальны во время карантина, поэтому НПО играют важную роль в этот период. Соблюдайте во время работы с группами населения простые правила: ведите беседу по возможности на открытом воздухе либо в хорошо проветриваемом помещении, убедите надеть маску, попросите прикрывать рот платком или салфеткой при кашле, при наличии мокроты убедите не плевать в помещении или на улице, направьте, а по необходимости сопроводите на обследование к врачу.
7. В рутинной работе с людьми из любых групп населения используйте алгоритм направления на обследование, разработанный для НПО.

Алгоритм раннего выявления ТБ среди ключевых групп населения



Приложение 8. Общие вопросы консультирования

Что понимается под консультированием

Консультирование можно определить, как диалог, в котором консультант создает условия для принятия клиентом самостоятельных, осознанных, ответственных решений, относительно своей дальнейшей жизни.

В процессе консультирования консультант выявляет потребности человека и предлагает ему помощь в поиске наилучших путей их реализации. Проявляя уважение к личности клиента, его мировоззрению, ценностям и устремлениям, консультант оказывает ему психологическую поддержку.

Консультирование включает в себя:

- Целенаправленную беседу;
- Внимательное выслушивание человека;
- Помощь клиенту в его рассказе;
- Предоставление достоверной информации;
- Помощь в принятии информированного решения;
- Помощь клиенту в определении и развитии его сильных сторон;
- Помощь в развитии позитивного отношения к жизни.

Консультирование не включает в себя:

- Советы;
- Принятие решений за человека;
- Критику поступков человека;
- Допрос человека;
- Осуждение человека;
- Нотации и наставления;
- Обещания невозможного;
- Навязывание человеку собственных убеждений;
- Споры с человеком.

Эффективный консультант:

- Проявляет уважение к людям;
- Умеет слушать;
- Проявляет сострадание;
- Проявляет честность и заслуживает доверия;
- Владеет необходимой информацией;
- Проявляет терпение;
- Знает границы своей деятельности;
- Знает куда и к кому обращаться в тех или иных случаях;
- Четко осознает свои чувства, ценности и взгляды;
- Остается беспристрастным и объективным;
- Уверен в себе.

Роль консультанта может потребовать от Вас следующих умений:

- Помочь клиенту определить проблемы и установить степень их важности;
- Оказать человеку эмоциональную поддержку;
- Помочь клиенту разобраться в жизненных альтернативах и поддержать его в принятии решения;
- Развивать у человека навыки самостоятельного решения проблем;
- Предоставить в доступной форме всю необходимую достоверную информацию;
- Помочь клиенту определить другие доступные источники поддержки и ресурсы;
- Придерживаться конфиденциальности;

- Составлять и сохранять необходимую документацию.

Рекомендации по выстраиванию доверительных взаимоотношений с человеком:

- Проявляйте уважение к людям;
- Определитесь с Вашей ролью консультанта;
- Сохраняйте нейтралитет и не принимайте ничью сторону в случае конфликта;
- Не работайте с близкими родственниками;
- Установите временные рамки сеанса консультирования. Таким образом человек будет знать, сколько времени в Вашем распоряжении;
- Не позволяйте клиенту развить чувство зависимости от Вас. Ваша задача- помочь ему самостоятельно справиться с ситуацией.

Конфиденциальность

Конфиденциальность – это центральный вопрос, на котором строится доверие человека к консультанту. Поэтому:

- Всегда обсуждайте вопрос конфиденциальности с каждым новым человеком. Объясните ему, что полученная информация не будет предоставлена третьим лицам, за исключением особых обстоятельств, предусмотренных законодательством;
- Объясните человеку, что иногда необходимо поделиться полученной информацией с членами семьи или с другими, значимыми для него (ее) людьми. Но в любом случае это происходит только тогда, когда это может помочь человеку, и только по его решению;
- Объясните клиенту, что с целью предоставления более качественной помощи, Вам, возможно, необходимо будет обсудить, полученную от него информацию с другими специалистами. В любом случае, информация о человеке не будет выходить за пределы команды специалистов. Иногда возникают ситуации, когда специалист считает, что решение и поступки клиента могут угрожать его жизни или жизни других людей. В этом случае специалист и человек постараются прийти к соглашению о дальнейших действиях. Специалист может принять самостоятельное решение нарушить конфиденциальность, если на карту поставлена человеческая жизнь. Если Вы сомневаетесь, что предпринять в подобных ситуациях, обратитесь за помощью к более опытному консультанту.

Персональные ценности и убеждения

Ваши взгляды и убеждения могут влиять на способность устанавливать доверительные отношения с человеком. Вы можете придерживаться определенной позиции по поводу:

- Религии;
- Стиля жизни (например, употребление наркотиков или секса за плату);
- Сексуальной ориентации;
- Таких вопросов, как аборт, ВИЧ-статус, беременность, грудное вскармливание.

Вы имеете право на собственные взгляды, но, как специалист, Вы не должны подвергать дискриминации своих клиентов потому, что их ценности и убеждения отличаются от Ваших. Не позволяйте своим убеждениям мешать процессу консультирования. Если Вы чувствуете, что не в состоянии оказывать качественную помощь определенному клиенту, переведите его к другому специалисту.

Обстановка для проведения консультирования

Обратите внимание на обстановку, в которой будет проходить консультирование. Если Вы располагаете отдельным кабинетом, подготовьте его следующим образом:

Убедитесь, что Вас ничто не будет отвлекать. Выключить телефон, радио и компьютер; Расположите стулья под углом 90 градусов на удобном расстоянии. Садитесь так, чтобы стол не находился между Вами и клиентом;

Повесьте на дверь табличку с просьбой о том, чтобы Вас не беспокоили.

Если консультирование проходит в офисе, дома у клиента и т.д., обратите внимание на следующее:

- Найдите удобное место, где Вы и человек, который пришел на консультацию могли бы присесть и поговорить без помех;
- Обеспечьте конфиденциальность беседы. Никто не должен подслушивать или подглядывать за Вами;
- Обеспечьте безопасность – свою и человека, пришедшего за консультацией. Некоторые люди идут на риск, рассказывая о личных проблемах (например, о случаях семейного насилия). Вы ответственны за то, чтобы ни Вы, никто в результате не пострадал.

Техника консультирования

Активное слушание

- Расслабьтесь. Отгоните посторонние мысли и личные заботы;
- Полностью сконцентрируйтесь на том, что говорит человек;
- Проявляйте свою заинтересованность в выслушивании рассказа невербально (кивание), словами и междометиями (да, ага и др.);
- Не спешите с вопросами или комментариями, даже если в разговоре наступает пауза. Не бойтесь молчания. Возможно, в этот момент человек размышляет или собирается с духом рассказать что-то важное.

Умение задавать вопросы

- Задавайте простые и недвусмысленные вопросы;
- Не задавайте несколько вопросов одновременно;
- При необходимости повторите вопрос;
- Дайте человеку время обдумать ответ.

Эмпатия

- Покажите, что Вы способны понять, через что человеку приходится проходить. Например, можно сказать: «Я вижу, Вам это было нелегко пережить».
- Не позволяйте Вашей обеспокоенности судьбой человека зайти слишком далеко. Сохраняйте долю отстраненного восприятия ситуации;
- Не переводите разговор на свои личные проблемы: «Меня, например, тоже вчера забыли» или «Иногда я переживаю тоже самое».

Опора на сильные стороны человека

- Помогите определить, что ему уже удалось сделать, чтобы преодолеть трудности;
- Помогите вспомнить, как он преодолевал трудности раньше – что получалось, а что нет, почему тот или иной прием срабатывал или нет;
- Помогите определить цель и разработать план действий по ее достижению.

Подведение итогов

Ниже приведены ситуации, в которых полезно вкратце повторить сказанное человеком, подводя некий промежуточный итог беседы:

- В начале следующего сеанса консультирования человека, которого Вы уже знаете, чтобы актуализировать пройденную/текущую тему беседы;
- Если Вы чувствуете, что не до конца понимаете точку зрения человека;
- Перед тем, как сделать перерыв;
- Перед переходом к новой теме консультирования;
- Если Вы не уверены, как поступить дальше;
- В конце сеанса консультирования.

Процесс консультирования

Подготовка к сеансу консультирования

- Вы должны точно знать, сколько времени имеется в Вашем распоряжении;
- Убедитесь, что Ваше душевное состояние не повлияет на качество консультирования. Оставьте личные проблемы за дверью;
- Вы должны выглядеть респектабельно;
- Если это повторный сеанс, перечитайте свои предыдущие записи;
- Подготовьте информационные материалы, которые могут оказаться полезными для человека.

Начало сеанса консультирования

- поприветствуйте человека и предложите ему присесть;
- Представьтесь сами и попросите представиться клиента;
- Объясните цель сеанса консультирования;
- Условьтесь о продолжительности сеанса;
- Расскажите о своей роли и о принципах работы;
- Разъясните клиенту принцип конфиденциальности;
- Попросите разрешения делать записи во время консультирования;
- Обсудите ожидания друг друга от совместной работы.

Проведение сеанса консультирования

- Обсудите причину обращения;
- Помогите человеку определить его проблемы и решить, какие из них требуют незамедлительного вмешательства;
- Предоставьте необходимую информацию, чтобы помочь ему принять обоснованное решение;
- Обсудите с методами, выбранными им для решения сложных ситуаций в прошлом, и результаты их применения;
- Помогите найти и обсудите с ним другие возможные варианты выхода из сложной ситуации;
- Поддерживайте человека в его выборе и принятии решений. Обсудите с ним возможные последствия принятых решений.

Завершение сеанса консультирования

- Подведите итог всему, что вы обсудили, пройдитесь по основным моментам разработанного клиентом плана действий;
- Спросите человека, есть ли у него вопросы;
- Спросите его (ее) впечатлениях о пройденном сеансе консультирования. Спросите, нет ли у него каких-либо замечаний или предложений;
- Поблагодарите за сотрудничество;
- Договоритесь о том, каким будет следующий шаг Вашей совместной работы;
- Договоритесь о дате и времени следующего сеанса;
- Направьте его (ее) к другим специалистам, если Вы об этом договорились;
- Проводите человека до двери.

Приложение 9. Алгоритм практики консультирования

Практика – это то, что делает ваше мероприятие тренингом. Без практических занятий оно будет называться лекцией, в лучшем случае семинаром. Практика возможна, если ведущий сам может продемонстрировать то, чему пытается научить других. Этапы организации практики консультирования в рамках тренинга:

I. Демонстрация

Ведущий предлагает добровольцу из числа учащихся сыграть роль клиента (любого, но желательно из тех, с кем этот человек работает в реальной жизни). Ведущий играет роль консультанта. После демонстрации спросите «клиента» – как он себя чувствует и, получил ли он то, что хотел. После этого обратитесь к группе – «Кто, на что обратил внимание? Что, в моем поведении показалось вам странным или неправильным?». При получении критических замечаний ни в коем случае нельзя оправдываться (оправданием считается все, кроме слов – «Спасибо, понятно, что еще?» и т.д.). Вместо этого спросите – «Как бы вы повели себя на месте консультанта?».

II. Аквариум

После двух-трех демонстраций проведите ролевую игру, в которой роли консультируемого человека и консультанта будут играть участники тренинга. Все остальные участники, включая вас, замолкают и не вмешиваются в процесс до тех пор, пока «консультант» не скажет, что закончил. По завершении проводится такая же обратная связь, как и во время демонстрации. Задача ведущего, удерживать дискуссию в конструктивном русле – «Все ли вопросы были обсуждены? Что можно было сделать по-другому? Зачем? и т.д.».

III. Работа в парах

После двух-трех «Аквариумов» предложите участникам выбрать себе партнера и провести консультирование (или продемонстрировать отдельную технику), где один играет роль консультируемого, другой консультанта, затем наоборот. После, обратная связь – «Кто, что чувствовал, к каким выводам пришел и т.д.».

Итогом всех практических занятий должно стать осознание участниками того факта, что консультантом становятся, только консультируя и консультируясь постоянно, при любой возможности – на работе, дома, с друзьями и т.д. Без постоянной практики стать консультантом невозможно.

Приложение 10. Алгоритмы консультирования по вопросам ТБ

Человек, которого не беспокоит его здоровье

Цель консультирования: мотивация к прохождению скрининга на туберкулез.

Этапы консультирования:

- выяснение степени информированности о ТБ;
- определение факторов риска (контакт с больным ТБ, наличие ВИЧ-инфекции, химической зависимости);
- проведение скрининга на ТБ.

Человек с жалобами на состояние здоровья

Цель консультирования: мотивация к немедленному обследованию.

Этапы консультирования:

- проведение скрининга на ТБ и инфекционный контроль;
- потребность ранней диагностики ТБ;
- переадресация на обследование;
- особенности и возможности лечения ТБ.

Человек имел контакт с человеком с ТБ

Цель консультирования: мотивация к немедленному обследованию.

Этапы консультирования:

- при необходимости – снятие стресса;
- обсуждение необходимости своевременной диагностики;

Человек с впервые диагностированным ТБ

Цель консультирования: оказание психологической поддержки + ИК.

Этапы консультирования:

- снятие стресса;
- снижение внутренней стигматизации;
- обсуждение необходимости лечения;
- соблюдение приверженности.

Человек на амбулаторном этапе лечения

Цель консультирования: поддержка приверженности к лечению.

Этапы консультирования:

- особенности лечения ТБ, возможность рецидива;
- необходимость не прерывать лечение;
- формирование уверенности в выздоровлении;
- снижение внутренней стигматизации.

Человек отказывается от лечения ТБ

Цель консультирования: мотивация к началу лечения и соблюдению режима лечения.

Этапы консультирования:

- выяснение причин отказа;
- обсуждение особенностей развития ТБ;
- выработка понимания, что ТБ – излечимое заболевание;
- преодоление страхов;
- возможность помощи и поддержки в процессе лечения.

Работа с контактными лицами

Мини-лекция «Мотивация к обследованию и проведению профилактики». Лица, находящиеся в контакте с человеком с ТБ, также относятся к группам риска, ведь по статистике, заболеваемость среди контактных лиц в 80 раз выше, чем в среднем среди населения.

Поэтому при выявлении человека с ТБ необходимо определить лиц, с которыми он контактировал и мог инфицировать. Поскольку ТБ – воздушно-капельная инфекция, отследить все контакты человека с ТБ практически невозможно, поэтому отслеживаются только бытовые как наиболее близкие и, следовательно, наиболее опасные с точки зрения вероятности заболевания. Бытовой контакт с заболевшим означает пользование общей кухней, санитарными помещениями (ванная, туалет), спальней, гостиной. Контакт лица с ТБ опасен еще и тем, что заболевание у контактного лица может развиваться не сразу, а спустя 3-6 месяцев, иногда даже больше. Следовательно, однократного проведения обследования контактных лиц недостаточно, поэтому их берут на учет в противотуберкулезные учреждения и наблюдают в течение всего периода контакта и на протяжении года после прекращения контакта. Особенно велика опасность контакта с больными ТБ для ВИЧ-инфицированных, поскольку вероятность заболеть у них значительно выше, чем у лиц с отрицательным ВИЧ-статусом. Их не только наблюдают, но и проводят профилактическое лечение. С этой целью назначают один противотуберкулезный препарат (изониазид) в течение 6 месяцев.

Приложение 11. Модель изменения поведения и мотивационное интервьюирование

Модель изменения поведения

Огромное количество людей годами пытаются что-то изменить в своей жизни, бьются над поиском эффективного решения своих проблем. Согласно транстеоретической модели поведенческого изменения американских психотерапевтов Джеймса Прохазки, Джона Норкросса и Карло Ди Клементе изменение – это процесс, имеющий ряд стадий. Их нельзя пропустить, всем предстоит пройти один и тот же путь. Каждому, кто пытался изменить какую-то свою пагубную привычку знакома ситуация, когда чтобы унять чувство вины и тревоги, мы даем себе обещание начать «новую жизнь» прямо на следующий же день. И довольно часто так и поступаем. Но обычно действие без подготовительного этапа длится день, два, максимум – неделю. Как показывает опыт, многие из тех, кто дает себе обещание с какого-то момента начать новую жизнь, сообщают о том, что делают это на протяжении ряда лет, прежде чем им удастся достигнуть устойчивых перемен. Как показывают результаты эмпирических исследований, чтобы действительно изменить свое поведение, необходим крепкий фундамент, который закладывается постепенным, подлинным прохождением стадий изменений. Каковы же эти необходимые шаги в процессе изменения своего проблемного поведения? Давайте рассмотрим их подробнее.

Соппротивление изменениям. В большинстве случаев исходная позиция – это активное сопротивление изменениям. Отличительная черта данной стадии – сопротивление признанию наличия проблемы. Находящиеся на этой стадии могут считать, что у них есть недостатки, но не согласны, что им нужно что-то в себе менять. Однако людям из их ближайшего окружения – членам семьи, друзьям, коллегам, зачастую бывает очевидно, что проблема есть и весьма серьезная. На этой стадии индивиды недостаточно осознают свои проблемы отрицают их и тем или иным образом защищаются от попыток других указать на них. Когда такие люди приходят к психотерапевту, то, как правило, они делают это под влиянием окружающих. Обычно к изменению их подталкивают партнер по браку или родитель. «Соппротивленцы» могут уступать давлению и делать вид, что они признают проблему и хотят измениться, но, в действительности, совершенно не рассматривают изменения своего поведения в обозримом будущем. Как известно, знание – сила, поэтому первый шаг на пути к сознательным изменениям – признать проблему, осознать ее негативные аспекты и следствия своего пагубного поведения.

Обдумывание. На этой стадии люди признают факт проблемы и начинают всерьез обдумывать пути ее решения. Они изо всех сил стараются осознать ее суть, докопаться до причин, рассматривают возможные варианты решений. Но они еще далеки от воплощения этих намерений в поведении. Обдумывающие прикидывают различные варианты, множество раз убеждаясь, что сама собой проблема не решится. На этой стадии люди могут задерживаться надолго – зачастую годами. Для продвижения вперед очень важно избежать ловушки умственной жвачки, то есть хронического обдумывания, которое, в действительности, ни к чему не ведет. Серьезно рассматривая последствия существующей проблемы, злясь на себя за то, что оказался в таком положении, обдумывающие постепенно подходят к твердому решению начать действовать. Робкие, пробные действия становятся шагом к переходу на следующую стадию. Конец этапа обдумывания – время предвкушения, беспокойства и возбуждения.

Подготовка. Большинство из тех, кто находится на этапе подготовки, планирует приступить к действиям уже в следующем месяце и вносят в планы последние коррективы. Они не обязательно справились со своей нерешительностью. Им все еще приходится себя убеждать, что принятое ими решение единственно верное. Стадию подготовки характеризует объединение усилий и предпринимаемых предварительных действий. Это приводит к некоторым успехам в устранении проблемного поведения, но они еще не достигли желаемого результата, например, желающий бросить курить, может существенно сократить курение, но

еще не отказался от него полностью. Подобно любому человеку, находящемуся на пороге важных свершений, индивидам на стадии подготовки необходимо определить свои цели и приоритеты, ведь изменение требует усилий, внимания и энергии. Чтобы перейти к этапу действия эта цель должна стать для них делом первостепенной важности. Они должны в деталях продумать и решить придерживаться плана действия, который они выработали.

Действие. На этой стадии индивиды переходят от размышлений и слов к делу. Конечно же, действия требуют значительных волевых усилий, энергии и временных затрат. Чтобы прервать привычные, проблемные паттерны поведения и избежать срывов и рецидивов индивидам приходится попутно отслеживать подводные камни, могущие встать на пути изменения своего поведения. Этап действия длится несколько месяцев. Первые два месяца – самый опасный период с точки зрения рецидива. Сохранение изменений основывается на работе, проделанной на предыдущих этапах. Успехи по изменению своего поведения заслуженно сопровождается чувством гордости собой («Говорить об изменениях может любой, я же совершаю определенные действия, чтобы измениться»). Изменения, достигаемые на этой стадии, наиболее заметны другим людям, поэтому получают максимальное внешнее признание и поддержку.

Сохранение. Сохранение – это не статичное положение, а продолжение изменения. Без твердого намерения закрепить достигнутое рецидив случается почти со стопроцентной вероятностью, поэтому переход от действий по осуществлению перемен к сохранению изменения имеет решающее значение. Цель этапа сохранения изменения – не что иное, как стойкое изменение, которое становится частью личности и новым образом жизни. На этой стадии индивиды работают над профилактикой рецидивов и укрепляют достигнутое ранее изменение. В случае хронических проблем эта стадия длится после начальных действий от полугода до неопределенного промежутка времени. При серьезных хронических проблемах, таких как алкогольная или наркотическая зависимость, стадия сохранения может продолжаться всю жизнь. Отличительная особенность сохранения – это стабилизация поведенческого изменения и недопущение рецидивов.

Когда люди пытаются отказаться от хронического проблемного поведения, то рецидивы и повторное прохождение через стадии происходят весьма часто. При серьезных хронических проблемах, таких как зависимое поведение, линейное продвижение по стадиям – это возможный, но очень редкий феномен, скорее исключение из правила. В случае рецидива индивиды регрессируют к более ранней стадии, например, к стадии подготовки или обдумывания. Срыв обычно сопровождается чувства разочарования, стыда и вины. Те, кто очень болезненно воспринимают рецидив и считают себя неудачниками – могут оказаться деморализованными и гонят от себя мысли о поведенческом изменении. В результате они возвращаются на стадию сопротивления изменению и могут оставаться на ней сколь угодно долго. Однако, как свидетельствует опыт, большинство тех, кто потерпел неудачу, не ходят бесконечно по кругу и не возвращаются к исходной точке, теряя все нажитое. Благодаря своим попыткам они скорее научаются чему-то и в следующий раз пытаются избежать прежних ошибок, ведя себя иначе. Именно поэтому авторы этой модели предпочитают использовать термин «повторный цикл», а не рецидив. Повторный цикл дает возможность учиться. Тот, кто действует и терпит неудачу, в следующий раз имеет больше шансов добиться успеха.

Этап завершения – конечная цель всех тех, кто работает над собой. На данном этапе старое проблемное поведение или пристрастие перестают быть искушением или угрозой. Разрешение проблемы характеризует состояние, когда человек больше не испытывает соблазна вернуться к проблемному поведению и ему уже не нужно прилагать усилия к тому, чтобы удерживаться от рецидива. Он выиграл битву и прошел весь цикл до конца. Тем, чья проблема остается нерешенной в течение продолжительного времени, потраченного на ее самостоятельное преодоление, пришло время подумать об обращении к специалисту. Любому человеку, вступившему на путь самоизменения, необходимы поддерживающие отношения, помогающие ему не терять надежду и решать задачи каждой из стадий. Психолог-консультант или психотерапевт имеет необходимые знания и навыки и может помочь вам изменить свою жизнь к лучшему.

Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. МИ объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка). МИ – это процесс, совместного с консультантом рассмотрения стимулов, побуждающих человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации.

В ТБ программах МИ может применяться во всех случаях, связанных с оказанием помощи в изменении деструктивного поведения (курение, употребление алкоголя, наркотиков, отказ от противотуберкулезного лечения и т.д.).

Консультант работает над тем, чтобы человек:

1. Начал размышлять о своем поведении;
2. Определился в том, насколько он готов изменить что-либо в своем поведении;
3. Определился, каким образом лучше действовать, осуществляя запланированные изменения.

В целом это создает условия для развития в человеке осознанности, самостоятельности и ответственности за свою жизнь. В процессе МИ большое внимание уделяется совместному исследованию «Амбивалентности» – противоречивых мотивов поведения. Речь идет о несовместимости текущего рискованного поведения человек (например, связанного с употреблением наркотиков, алкоголя), с одной стороны, и его планов на будущее, например, связанных с приверженностью лечению – с другой. Важно чтобы человек самостоятельно осознал эту несовместимость и осознанно выбрал бы тот или иной вариант поведения, подробно рассмотрев все его преимущества и недостатки.

В МИ человек является центральным звеном, ответственным за изменение. Все преимущества и последствия происходящих перемен, определяются самим человеком. МИ стремится к тому, чтобы помочь клиенту выразить, проанализировать и разрешить все сомнения относительно изменения поведения. В МИ консультант инструктирует человека о том, КАК и с помощью КАКИХ ПРИЁМОВ преодолеть сомнения, но НЕ инструктирует о том, каким должно быть решение.

Преимущества МИ

- Низкая стоимость. С самого начала метод МИ разрабатывался как краткосрочная консультативная помощь, что предполагает сравнительно небольшие затраты. МИ не предполагает обязательно длительных отношений консультируемый человек-консультант. Даже одной встречи иногда бывает достаточно для запуска процесса изменений.
- Эффективность. МИ показало, что служит хорошим инструментом изменения поведения, связанного с высоким риском (например, употребление алкоголя).
- Устойчивость результатов. МИ направлено на стимулирование собственных ресурсов человека для изменения.
- Совместимость с другими подходами к терапии. МИ может проводиться как в терапевтических программах, так и в профилактических программах, предполагающих непродолжительное общение с человеком (например, на консультационном пункте ВИЧ-сервисной организации).

Философия МИ

Импульс к изменению поведения возникает из собственных мотивов самого человека. Сам человек начинает говорить о необходимости перемен. Обстоятельства не могут вынудить его измениться, если он сам этого не захочет. Основная проблема человек – амбивалентность по отношению к перемене, сомнения. О работе с амбивалентностью см. приложения №3-4.

Часто под изменением поведения понимается радикальное изменение образа жизни клиента, например, наркопотребитель полностью отказывается от наркотиков, или секс-работница выходит из секс-бизнеса. Однако опыт и здравый смысл подсказывает, что достичь таких изменений довольно сложно, а порой и невозможно, тем более за короткий срок. Но с другой стороны любое изменение к лучшему это уже победа. Например, если наркопотребитель стал чаще использовать стерильные шприцы или секс-работница чаще использует презерватив – это уже значительный шаг, как для их здоровья, так и для здоровья населения в целом. Человек двигается в сторону изменений с той скоростью, на которую он сейчас способен и любые попытки «тянуть» его могут привести либо к усилению сопротивления, либо к разочарованиям. МИ предполагает помощь клиенту в самостоятельной работе над собой, достижении его целей, выбранными им методами с его скоростью.

Принципы МИ

1. Сопереживать: принять без критики или порицания; не обязательно соглашаться или одобрять, но показать, что клиент заслуживает понимания.
2. Выделять противоречия: проникнуть в систему ценностей человека и его глубинные стремления и показать контраст между возможностью их достижения и текущим поведением
3. Избегать споров: споры с человеком, попытки убедить и доказать провоцируют их сопротивление, демонстративную реакцию, обратную желаемой.
4. Снижать сопротивление: перефразировать утверждения и высказывания клиента так, чтобы доводы, приводимые клиентом против изменения превратить в доводы «за» (например, «жена постоянно упрекает» - «жена беспокоится»).
5. Поддерживать уверенность в себе: воспитывать веру в свои силы, осознание ресурсов; поддерживать надежду и оптимизм

Приёмы (стратегии) МИ

- Открытые вопросы
- Поощрение и поддержка
- Отражение, отражающее выслушивание
- Суммирование (подытоживание)
- Побуждение к самомотивирующим высказываниям
- Как задавать открытые вопросы?
- Принципы формулирования открытых вопросов
- Не задавайте вопрос так, чтобы на него можно было ответить односложно, например, «да» или «нет» (закрытые вопросы).
- Начинайте вопросы со слов: «что», «зачем», «почему», «как» (открытые вопросы).

Приложение 12. Стигма и дискриминация

СТИГМА – это пристрастное, несправедливое отношение, обесценивание человека в связи с каким-то признаком. Человек, имеющий какой-то признак, заведомо считается плохим и недостойным, не имеющим права претендовать на уважительное отношение.

Таким признаком может быть:

- Пол, возраст, семейный или социальный статус (безработный молодой мужчина, незамужняя женщина без детей)
- Цвет кожи, национальность (чернокожие, цыгане, евреи)
- Поведение (ЛГБТ)
- Заболевания (алкоголизм, наркомания, лепра, туберкулез, ВИЧ, психические расстройства)

ДИСКРИМИНАЦИЯ – это нарушение прав человека, в связи с каким-то признаком. Человеку, имеющему какой-то признак, отказывают в:

- Медицинской помощи,
- Трудоустройстве,
- Обучении и т.д.

Существует ли в обществе стигма по отношению к медработникам? А к сотрудникам НПО? Есть ли какие-то обидные и оскорбительные слова, которыми их обзывают?

Стигма и дискриминация людей, затронутых туберкулезом способствуют распространению Туберкулеза. Главная задача профилактики ТБ: излечение всех людей с ТБ. Здоровый человек не выделяет микобактерии и процесс распространения инфекции прекращается. Чтобы излечить всех лиц с ТБ, нужно знать, кто именно болен. Для этого, все люди с подозрением на ТБ и люди из «групп риска» должны пройти обследование и полный курс лечения. Но огромное количество людей не знает о симптомах туберкулеза, не знает о том, что туберкулез излечим, не проходят диагностику, прерывают или бросают лечение.

Почему люди боятся искать информацию о туберкулезе? Почему люди боятся проходить обследование и срывают лечение? От страха. Потому что завтра все вокруг показывать пальцем и говорить: Тубик... бишара... қудай сақтасын... Перестанут здороваться и будут переходить на другую сторону улицы... Таков менталитет. А если человек еще и из «группы риска»:

- Контактные с больным ТБ
- Состоящие на диспансерном учете с алкоголизмом, наркоманиями, ВИЧ-инфекцией
- Освободившиеся из мест заключения
- Мигранты

Из-за туберкулеза и принадлежности к группам риска человека могут выгнать с работы, с учебы и даже из дома. Люди боятся и поэтому: ничего не хотят слышать, никому ничего не говорят, никуда не обращаются, нигде не обследуются, нигде не лечатся.

Стигматизация порождает самостигматизацию. Человек на самом деле может начать считать себя никчемным, никому не нужным, недостойным и неполноценным. И постепенно может начать вести себя так, как от него ожидают.

Людей, которые так несправедливо относятся к людям с ТБ тоже можно понять. Они боятся за себя и за своих родных. Боятся, что они тоже заболеют и пополнят ряды «изгоев»:

НЕВЕЖЕСТВО порождает **СТРАХ**. Страх порождает **НЕНАВИСТЬ**. Ненависть порождает **СТРАХ**. Страх порождает **НЕНАВИСТЬ** и так до бесконечности. Но все мы связаны друг с другом. И от проблем нельзя спрятаться. Можно вспомнить, что мы люди. И помочь друг другу: Общаться с людьми, затронутыми туберкулезом так, как вы общались бы со своими родителями, если бы они заболели туберкулезом

Приложение 13. Права людей, затронутых ТБ

...Напишите, как этот молодой человек выдавливает из себя по каплям раба и как он, проснувшись в одно прекрасное утро, чувствует, что в его жилах течёт уже не рабская кровь, а настоящая человеческая...

Антон Чехов

Почему люди не отстаивают свои права? Незнание? Непонимание? Страх? Выученная беспомощность?

Готовы ли вы сами соблюдать права других людей? Не лезть без очереди? Не давать взятки? Вставать на защиту прав других людей? Заявлять о нарушении прав в соответствующие органы?

Право на здоровье

Виноват ли человек в том, что заболел? Болезнь – реакция организма на действие агрессивных факторов внешней среды, превышающих его возможности их преодолеть. Человек, столкнувшись с ТБ, не имел физической возможности ему противостоять – либо количество микробов было слишком велико, либо организм был не готов к этой встрече – ослаблен или не защищен

...В своей деятельности клянусь руководствоваться только интересами своих пациентов, здоровье которых является высшей ценностью...

Присяга врача РК

Граждане РК имеют право на:

1. Гарантированный объем бесплатной мед помощи;
2. Качество медицинской помощи;
3. Доступность, качество, эффективность и безопасность лекарственных средств;
4. Облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских технологий
5. Медицинскую помощь в очередности на основе медицинских критериев, без дискриминации
6. Свободный выбор мед организации и специалиста
7. Получение достоверной информации о методах профилактики, диагностики, лечения заболеваний, факторах, влияющих на здоровье
8. Мед помощь должна предоставляться после получения добровольного информированного согласия человека с ТБ
9. Достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям
10. Сохранение врачебной тайны
11. Возмещение вреда, причиненного здоровью неправильным лечением
12. Лист (справка) о временной нетрудоспособности
13. При получении медицинской помощи человек имеет право на исчерпывающую информацию о:
 - состоянии своего здоровья,
 - возможном риске и преимуществах методов лечения
 - возможных последствиях отказа от лечения
 - диагнозе, прогнозе в доступной для человека форме
 - разъяснение причин выписки или перевода в другую медицинскую организацию

Обязанности человека, обращающегося за медицинской помощью

Свобода одного человека заканчивается там, где начинается свобода другого
Михаил Бакунин

Гражданин РК обязан

1. Проходить профилактические осмотры в соответствии с законодательством
2. Выполнять предписания медицинских работников и органов здравоохранения
3. Соблюдать меры предосторожности по охране собственного здоровья и здоровья окружающих
4. Проходить обследование и лечение по требованию медицинских организаций
5. Информировать медицинский персонал о своем заболевании при инфекционных заболеваниях и заболеваниях, представляющих опасность для окружающих
6. Сообщать врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения заболевания, после дачи согласия на медицинское вмешательство неукоснительно выполнять все предписания лечащего врача
7. Своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случаях возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них
8. Проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт
9. Соблюдать правила внутреннего распорядка и бережно относиться к имуществу медицинской организации, сотрудничать с медицинским персоналом при получении медицинской помощи
10. Не совершать действий, нарушающих права других пациентов

Права и туберкулез

1. Лица с подозрением ТБ подлежат обязательному медицинскому обследованию
2. Люди с ТБ подлежат регистрации в противотуберкулезных организациях (ПТО), обязательной госпитализации до конверсии мазка мокроты при наличии бактериовыделения и лечению до завершения полного курса лечения.
3. Люди с ТБ подлежат обязательному мед наблюдению и лечению, обеспечиваются необходимыми лекарственными средствами в рамках ГОБМП
4. Люди с заразной формой ТБ подлежат обязательной госпитализации, лечению и реабилитации
5. Признание гражданина затронутым заразной формой ТБ осуществляется на основании заключения организации здравоохранения с учетом результатов лабораторных и инструментальных исследований
6. Принудительное лечение предполагает изоляцию человека с ТБ в специализированных противотуберкулезных организациях
7. Основаниями для принудительного лечения людей с ТБ, являются их отказ от лечения, самовольный уход и нарушение режима лечения противотуберкулезных организаций, зафиксированные в медицинской документации
8. Решение о принудительном лечении граждан, затронутых ТБ и уклоняющихся от лечения, принимается судом по представлению организаций здравоохранения
9. Принудительное лечение лиц с туберкулезом продолжается до завершения полного курса лечения
10. Люди с ТБ на принудительном лечении, пользуются всеми правами граждан РК с ограничениями, связанными с режимом пребывания в больнице
11. Направление на принудительное лечение не влечет за собой судимость
12. За лицом с ТБ, направленным на принудительное лечение, сохраняется место работы
13. Время пребывания на принудительном лечении не прерывает трудовой стаж и засчитывается в общий трудовой стаж
14. За людьми с ТБ, направленными на принудительное лечение, проживающими в государственном жилье, жилье сохраняется в течение всего времени нахождения на лечении

Защита прав

Самое главное – письменная фиксация всех взаимоотношений с людьми и организациями, которые ваши права нарушают. Важно иметь письменные подтверждения – письма руководителям медицинских организаций, их ответы и т.п. От вас требуется: просто и понятно описать ситуацию и задать вопрос в письменной форме; Направить письмо в

соответствующее учреждение (администрацию больницы, прокуратуру и т.д.), и фиксировать факт его получения. Эта доказательственная база станет мощным оружием при защите ваших прав. Отправляйте свои обращения заказным письмом и обязательно сохраняйте квитанцию о его отправке.

Шаг 1

Если правонарушение не является уголовным и пока не привело к негативным последствиям для вашего здоровья, социального статуса и т.д.:

1. Попробуйте решить вопрос на месте путем переговоров
2. Напомните нарушителю о своих правах и попросите его выполнить свои обязанности, либо дать письменный отказ или перенаправление в другой орган с указанием причин

Шаг 2

Если сотрудник отказывается это сделать, обратитесь с жалобой к руководству нарушителя ваших прав. Например, в случае возникновения спора с врачом, жалоба должна быть подана на имя главного врача медицинской организации

Шаг 3

Жалоба в государственный орган, ответственный за управление в данной сфере общественных отношений. Если решение по первой жалобе не является удовлетворительным, вы можете подать жалобу в государственный орган, который отвечает за регулирование соответствующей сферы общественных отношений, например, в местное управление здравоохранения или Министерство здравоохранения.

Шаг 4

После получения официального ответа от организации, но, не добившись удовлетворительного решения, вы можете обратиться в полицию с заявлением на правонарушение. После получения официального ответа от полиции по вашему заявлению о невозможности привлечь виновное лицо к ответственности, вы можете обратиться в прокуратуру. В суд вы можете обратиться с исковым заявлением самостоятельно или с помощью адвоката.

Приложение 14. Внутренняя стигма

Что такое добровольно принятая внутренняя стигма?

Добровольно принятая стигма, также называемая интернализированной или внутренней стигмой, способна проявлять себя как чувство стыда, вины или отвращения к себе. Всё это может привести к снижению уровня благополучия, депрессии, низкой самооценке, неуверенности в собственных силах, слабой психологической адаптации в долгосрочной перспективе, худшему качеству жизни и отказу от социального взаимодействия с людьми даже после окончания инфекционного периода ТБ. Социальные и личностные факторы, а также факторы, связанные с контекстом ситуации, формируют добровольно принимаемую внутреннюю стигму.

Исследование добровольно принятой на себя внутренней стигмы

Борьба с добровольно принятой стигмой и стыдом дело нешуточное. Она требует открытости и готовности к глубокой саморефлексии. Всё это подразумевает необходимость расстаться с привычкой осуждать, которая вредит нам. Этот процесс может вывести на поверхность убеждения, сформировавшиеся в детстве. Работа с мыслями и убеждениями, которые лежат в основе добровольно принятой внутренней стигмы, часто вызывает сопротивление, обнажая некоторые ключевые элементы идентичности, такие как глубинный комплекс жертвы, способность преодолевать трудности и меняться, и заставляет в них усомниться. В результате такой работы в конце концов достигается душевный покой и наступает

освобождение от сильного страдания и неспособности принимать самостоятельные решения, которые были вызваны добровольно принятой на себя стигмой и чувством стыда. Благотворные перемены будут ощущаться во многих сферах жизни человека, не связанных с заболеванием ТБ.

Теория и научные доказательства

Предлагаемый Комплекс мероприятий был разработан на основе научно доказанных данных, полученных исследователями феномена самостигматизации, в той мере, в которой этот феномен имеет отношение к различным проблемам здоровья, таких как ТБ, ВИЧ, рак и т.д. Меры противодействия должны быть нацелены на когнитивный, аффективный и поведенческий уровни (см. Рис.1):

Больные ТБ _____ Сферы внутренней стигмы

Характеристики: Гендерная принадлежность Возраст Классовая принадлежность → Этнос/каста/раса Другие виды идентичности, подвергаемые унижению Продолжительность жизни Самоуважение Система убеждений и верований	Убеждения Принятие стереотипа Самобичевание	<u>Структурная стигма</u> Стигматизация в правовой и образовательной областях, в здравоохранении и сфере занятости <hr/> <u>Межличностная стигма</u> Частота и тяжесть случаев подвергания стигматизации со стороны друзей, членов семьи, сотрудников, соседей и лиц, обслуживающих больного
	Чувства Стыд Вина	<u>Социальная стигма</u>

		Побочные явления, связанные с лечением - психические и физические осложнения Другие распространённые формы стигматизации Доступность и качество медицинского ухода как реакция на наличие потребности Доступ к актуальной информации ↙
Состояние здоровья → Тип ТБ (лекарственно-чувствительный; лекарственно-устойчивый) Понимание сути ТБ и связанных с ТБ проблем Сопутствующие патологии (напр., депрессия, наркологические зависимости и т.д.)	Сферы личной стигмы Самоизоляция Зачем пытаться? <hr/> ↑ Защитные механизмы Жизнестойкость Ощущение свободы воли (самосубъектность) Сила оказывающих поддержку социальных сетей Социальная защита (законы, система соцобеспечения) для смягчения последствий стигматизации	

Для каждого из названных уровней характерны определённые убеждения, чувства и действия, подпитывающие личную стигму.

Необходимо поощрить людей к глубокой рефлексии по поводу их подсудных убеждений, часто связывая их с возникающими при этом эмоциями, за чем, в результате, последует осознание ими своих действий или бездействия. Рисунок 2 предоставляет дальнейшую информацию об областях (доменах), затронутых личной стигмой, к которым также относятся убеждения, чувства и действия.

Рис.1: Убеждения, чувства и действия – области, в которых проявляется принятая на себя (личная) стигма

Убеждения

Чувства

Действия

Принятие стереотипа: вера в негативные стереотипы в отношении себя	Стыд: чувство пристыженности за то, кем я являюсь или не являюсь	Социальная самоизоляция: уходя в себя, я позволяю своей системе поддержки развалиться.
Самобичевание: вера в то, что я несу личную ответственность за своё заболевание ТБ/виновен в своей болезни	Вина: чувство вины за то, что я сделал или не сделал	Зачем пытаться: я отказываюсь от амбиций, планов, надежд
Осознание свободы собственной воли: убеждённость в том, что я не могу изменить или улучшить свою ситуацию	Восприятие того, что думают другие: боязнь осуждения со стороны других людей, страх перед тем, что обо мне думают другие, что они делают или не делают, ожидаемая стигматизация	Отрицательная психофизиологическая адаптация: я ограничиваю уход за собой

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ

Принятие на себя стигмы (самостигматизация) может происходить в течение всей болезни, связанной с ТБ. Внутренней стигме присущи разные формы, и она связана с целым рядом проблем. На рисунке 3 показана внутренняя стигма в течение всего заболевания ТБ, и выделены основные области, в которых люди нуждаются в поддержке.

Рисунок 2: Добровольно принятая на себя (внутренняя) стигма и течение болезни ТБ

ТБ И ВНУТРЕННЯЯ СТИГМА					
ВНУТРЕННЯЯ СТИГМА	Страх Неуверенность в себе Стыд		Недомогание Отношение к своему телу Стыд Вина Зависимость от лечения	Стыд Вина Идентичность Самосубъектность Скрытность Безнадежность	Идентичность Страх рецидива
СТАДИИ ТБ	Симптоматическая фаза	Постановка диагноза	Агрессивная фаза	Фаза продолжения лечения	Завершение лечения Выздоровление
ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ РЕШЕНИЯ	Смятение		Интенсивное наблюдение Контагиозность Финансовое бремя Изоляция Болезнь, слабость, усталость	Отсутствие контагиозности Возвращение сил Реинтеграция на работе Финансовое бремя	Преодоление осложнений Последующая жизнь

Приложение 15. COVID-19

1. На сегодня в мире ситуация остается напряженной и все государства в мире понимают и оценивают опасность распространения инфекции. В условиях соблюдения строгого карантина необходимо продолжать лечение лиц с ТБ, это понимают все вовлеченные в процесс лица и организации. 2 апреля 2020 г. в Женеве проведено заседание Партнерства STOP TB, где обсуждались вопросы влияния COVID -19 на процесс ведения пациентов с ТБ. Во время заседания были разработаны рекомендации для ведения пациентов в условиях изоляции. Эти рекомендации направлены на предотвращение риска людей с ТБ заболеть COVID -19.

2. Основные рекомендации - люди с ТБ и ЛУ ТБ должны оставаться дома и по возможности переводится на дистанционное видеонаблюдаемое лечение (ВКЛ), лекарственные препараты, такие как ПТП, так и для симптоматического лечения, должны доставляться человеку на дом (заявка и закуп всех ЛС делается заблаговременно, тщательно планируется и отслеживается), лица с ЛУ формами ТБ переводятся на безинъекционные режимы лечения, близкое домашнее окружение поддерживает человека во время лечения, использование в лечении виртуальных, цифровых технологий и различных приложений (ВКЛ по Скайпу, Ватсап, Телеграм, Фэйсбук и т.д.), в случае возникновения у человека нежелательных явлений использовать телемедицину (избегать посещения медицинских учреждений из-за высокого риска для человека с ТБ заражения COVID-19), ограничение контактов.

3. В условиях карантина национальным программам нужно использовать те цифровые технологии и платформы, которые могут максимально снизить риск заражения как персонала, так и людей с ТБ.

Скрининг и диагностические тесты - телерадиологическое оборудование (CR-40), подключение лабораторий к единой системе (GXpert Allert)

Использование цифровых технологий в уходе за человеком с ТБ и приверженности лечению- видео наблюдаемое лечение (ВНЛ), использование «цифровых таблеток» в лечении (ID Car), «умная таблетница» (напоминание по приему, соблюдение режима, информирование об окончании запаса ЛС). Информирование и вовлечение сообществ, программы для мониторинга деятельности сообществ - коммуникационные и социальные платформы (Инстаграм, ФБ, ВК, Одноклассники и т.д.). Цифровые технологии для программной менеджмента-цифровой платформы (КМИС, АПП, НРБТ и др.), виртуальные конференции, совещания, встречи, селекторные совещания. Обучение с использованием различных платформ (eLearning, ЦВВК онлайн, телемедицина, скайп конференции, различные чаты по группам и другое).

4. Сообщества и частный сектор -сотрудники НПО и сообществ помогают людям, затронутым ТБ в лечении на дому, могут оказывать виртуальную поддержку, доставлять продуктовые и гигиенические пакеты, оказывать психосоциальную поддержку, финансовую поддержку, являться промежуточным звеном между человеком с ТБ и ТБ службой, могут предупреждать развитие стигмы и дискриминации. Кроме того, есть инструменты, при использовании которых может осуществляться мониторинг работы ТБ службы с помощью различных приложений, таких как OneImpact App. Это приложение можно скачать и установить на телефон. Частный сектор также может быть вовлечен в процесс работы с людьми с ТБ -

виртуально работать с людьми, затронутыми ТБ, проводить контроль за частными поставщиками ЛС и лечением.

5. Резюме - выходя из дома и при каждом визите к людям, затронутым ТБ используйте средства индивидуальной защиты, минимизируйте посещение медицинских учреждений и общественных мест, используйте в общении с медицинским персоналом и клиентами различные цифровые/мобильные приложения, соблюдайте дистанцию во время общения с людьми (не менее 1 - 2 метров), попросите окружающих надевать маски, при повышении температуры, кашле, боли в горле немедленно обратитесь к врачу, не

Приложение 16. Адвокация в борьбе с ТБ

Адвокация – это серия скоординированных мероприятий, предназначенных для получения политической и социальной поддержки и убеждения политиков, доноров и чиновников, принимающих решения на национальном, региональном, районном и местном уровнях, принять организационные решения, разработать и утвердить необходимые планы работы, нормативные акты, выделить финансирование и предпринять другие шаги, необходимые для эффективной борьбы с ТБ. Воздействие на этих лиц осуществляется с использованием различных каналов.

Цель адвокации в борьбе с ТБ – мобилизовать политическую поддержку, а также увеличить и поддерживать на нужном уровне финансирование и обеспечение программ борьбы с ТБ.

Мероприятия по адвокации проводятся для того, чтобы:

- национальные правительства и местные администрации оставались стабильно привержены внедрению стратегии программ контроля над ТБ; разрабатывались и внедрялись соответствующие стратегии и документы, способствующие положительным изменениям (расширялся доступ к услугам по диагностике, медицинской помощи и лечению для людей с ТБ и ВИЧ, и т.д.);
- закреплялись соответствующие практики; финансовые и другие ресурсы распределялись и использовались эффективно.

Целевые группы для мероприятий по адвокации: политики, высокопоставленные чиновники, влиятельные лица, лидеры и доноры.

Адвокация в борьбе с ТБ – это ряд скоординированных мероприятий, направленных на то, чтобы оказать влияние на высокопоставленных политиков и чиновников, с целью заручиться их поддержкой для обеспечения стабильного финансирования, разработки необходимых нормативных актов и предоставления других ресурсов.

Адвокация включает три следующих компонента:

- Адвокация политики направлена на достижение понимания политиками и руководителями того, как проблемы, связанные с ТБ, могут оказать (и оказывают) влияние на страну и какие действия необходимы для улучшения законодательства и стратегий.
- Программная адвокация нацелена на лидеров на национальном и местном уровне и побуждает их предпринимать активные действия в поддержку программ борьбы с ТБ.
- Медиа-адвокация придает значимость вопросу, ставит проблему на повестку дня и напоминает о том, что освещать темы, связанные с ТБ, нужно регулярно и ответственно, чтобы таким образом повышать осведомленность общества и, возможно, найти решения существующих проблем.

Тренер спрашивает участников, какие самые распространенные адвокационные мероприятия они могут назвать. После обсуждения обобщает и дополняет список:

Адвокация осуществляется посредством ряда мероприятий, зачастую несколькими одновременно, чтобы мобилизовать общественную поддержку и воздействовать на высокопоставленных политиков. Самыми распространенными являются следующие:

- парламентские дебаты и другие политические события;
- пресс-конференции;
- новостные сюжеты;
- телевизионные и радио ток-шоу;
- саммиты, конференции и симпозиумы;
- выступления известных публичных личностей;
- встречи представителей различных парламентских групп и общественных организаций, организаций людей, затронутых ТБ, медработников;

- встречи партнерских организаций;
- официальные меморандумы;
- петиции.

Для достижения успеха мероприятий по адвокации очень важно планирование:

- Исследуйте: соберите информацию, подтверждающую наличие проблемы.
- Определяйте: ясно и лаконично опишите проблему.
- Обучайте: информируйте высокопоставленных чиновников о проблеме (потребности) и о путях ее решения.
- Рекомендуйте: предлагайте правительственным чиновникам провести необходимые изменения для решения проблемы.
- Мобилизуйте: мобилизуйте общество для влияния на чиновников.

Адвокация, коммуникация и социальная мобилизация (АКСМ)

Понятие	Цель	Целевая аудитория	Индикаторы успеха
Адвокация	Мобилизовать политическую поддержку, а также увеличить и поддерживать на нужном уровне финансирование и другие ресурсы для борьбы с ТБ	<ul style="list-style-type: none"> • Лица, принимающие решения на всех уровнях: национальном, региональном или местном • Высокопоставленные политики • Влиятельные личности. • Доноры (спонсоры) 	Разработанные и принятые законы, постановления, приказы, практики и др., способствующие позитивным изменениям (доступ людей с ТБ к диагностике и лечению), а также увеличение финансирования и др. ресурсов
Коммуникация	Улучшить знания, изменить отношение и поведение. (Может изменить осведомленность, знания, отношение, поведение)	<ul style="list-style-type: none"> • Отдельные (целевые) группы населения • Население в целом • Медицинские работники 	Информированность, положительные изменения отношения и поведения, которые способствует обращению людей за диагностикой и прохождению полного курса лечения
Социальная мобилизация	Вызвать общественную поддержку, развивать партнерство, вовлекать людей, затронутых ТБ, в разработку, обсуждение и принятие решений, связанных с контролем над ТБ	<ul style="list-style-type: none"> • Общество • Общественные организации • Религиозные лидеры • Социальные сети 	Существующая проблема решена и вовлечено большее количество людей.

Навыки, необходимые для эффективной адвокации:

- Знание и понимание темы, вопроса, предмета.
- Навыки ведения переговоров и убеждения.
- Навыки общения со СМИ (использования коммуникативных каналов).
- Уверенность и убежденность.

- Эффективные коммуникативные навыки.

Знание и понимание темы

- Определите проблему или вопрос, важные для сообщества:
 - доступ к квалифицированным услугам ДОТС для людей с симптомами, вызывающими подозрение на туберкулез;
 - быстрая диагностика;
 - бесплатное лечение.
- Соберите и документально оформите точную и свежую информацию:
 - узнайте точно, что происходит;
 - получите как можно больше подтверждений (доказательств).
- Проанализируйте и оцените влияние политики, закона или практики:
 - прочитайте документы и дайте их для ознакомления другим;
 - обсудите с партнерами, есть ли эффект от внедрения.

Навыки ведения переговоров и убеждения:

- Всегда концентрируйте внимание на цели и задачах переговоров.
- Подкрепляйте свои аргументы цифрами и фактами.
- Будьте терпеливы, не спешите.
- Будьте в согласии и единении со своей группой во время дискуссии.
- Помните о своих возможностях (ограничениях) и обязательствах.
- Продолжайте диалог даже в трудных ситуациях.
- Не показывайте неприятие взглядов других людей или неуважение к ним – будьте спокойны и вежливы.
- Слушайте, сочувствуйте и наблюдайте.
- Оставайтесь оптимистом. Используйте тон голоса и убедительную речь.
- Внимательно относитесь к тому, что говорите – выполняйте обещания и обещайте только то, что Вы можете выполнить.
- Не обманывайте и не вводите в заблуждение.
- Отступайте, но не сдавайтесь – стройте отношения на долговременной основе.

Навыки общения со СМИ (использование коммуникативных каналов):

- Узнайте, что ищет журналист для создания сюжета.
- Создайте эффективные «заготовки» – разработайте специальные сообщения (рекламный стиль), чтобы у Вас было больше шансов заинтересовать прессу.
- Развивайте презентационные навыки.
- Устанавливайте хорошие отношения с журналистами для усиления гласности.
- Подумайте, что нужно рассказать, а что нет, общаясь с журналистами.
- Контролируйте, как Ваши основные сообщения представлены в СМИ.
- Познакомьтесь с профессиональной терминологией (жаргоном) СМИ, чтобы говорить со своим собеседником на одном языке.

Уверенность и убежденность (увлеченность):

- Изучите предмет/тему/вопрос.
- Попрактикуйтесь в выступлениях (презентациях) и ответах на вопросы.
- Определите и используйте свои сильные стороны в межличностном общении и коммуникативные навыки.
- Внимательно подготовьте ключевые информационные сообщения.
- Высказывайте свою точку зрения с энтузиазмом.

Приложение 17. Ситуационная задача по адвокации

В районе А наблюдается очень высокий уровень заболеваемости ТБ и низкий процент успешного излечения. Район плохо обеспечен фтизиатрами, кроме того здесь затруднен доступ к получению услуг в рамках первичной медицинской помощи – не во всех селах есть центры здоровья (и вообще медицинские работники). В связи с этим А был включен в список районов, в которых в рамках одного из проектов в поддержку национальной программы борьбы с ТБ планируется создание коммунитарных центров для людей с ТБ (как прошедших курс лечения, так и направленных для прохождения лечения после выписки из больницы) и членов их семей.

Центры под руководством фтизиатров будут контролировать лечение пациентов, выписанных из больницы, для продолжения лечения в амбулаторных условиях (вести ДОТС), а также предоставлять лицам, затронутым ТБ, различные виды помощи (юридическую, социальную, психологическую, материальную). Ремонт помещения, оборудование, приобретение автомобиля и содержание центра, включая зарплату сотрудников, будут оплачены из средств проекта. Районная администрация должна предоставить помещение для него, а по истечении срока действия проекта принять центр на свой баланс. Однако ряд районных руководителей отказываются подписать меморандум о сотрудничестве и создании центра. Без их согласия начать работы по созданию центра невозможно.

Приложение 18. Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ

Идеальное поведение	Причины, по которым идеального поведения не удается достичь (барьеры)		
	Индивидуальный уровень	Групповой уровень	Системный уровень
Своевременное обращение за помощью и получение точного диагноза			
Начало лечения			
Соблюдение и завершение полного курса лечения			

Приложение 19. Идеальное поведение в борьбе с ТБ

От кашля к выздоровлению: путь идеального поведения в борьбе с ТБ

Системный уровень	Идеальное поведение	Индивидуальный и групповой уровень
	Своевременно обратиться за помощью	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточные знания симптомов ТБ • Недостаточные знания о лечении ТБ • Стигматизация ТБ • Недооценка риска инфицирования
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Недостаточное сотрудничество между фтизиатрическими и другими службами (ВИЧ) • Пропущенный диагноз или отсутствие направлений другими службами 	Обратиться в медицинское учреждение	<ul style="list-style-type: none"> • Стоимость • Нежелание лечиться в ТБ больнице • Негативное отношение к службам здравоохранения • Стигма • Социальные нормы
<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточные знания по ТБ медработников • Плохие навыки межличностной коммуникации • Отсутствие ресурсов, включая нехватку медперсонала • Плохое качество обслуживания (часы, очереди) • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда 	Получить точный диагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о процессе обследования на ТБ • Неоправданные ожидания
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Плохое качество обслуживания • Медработники не предоставляют необходимую информацию • Отсутствие лекарств 	Начать лечение	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о длительности лечения • Стигма
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Плохое качество обслуживания • Медработники не предоставляют необходимую информацию • Отсутствие лекарств 	Продолжать лечиться	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о длительности лечения • Стигма
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Плохое качество обслуживания • Медработники не предоставляют необходимую информацию • Отсутствие лекарств 	Завершить полный курс лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о длительности лечения • Стигма

Приложение 20. Мероприятия по адвокации

№	Какой существует барьер?	Какие требуются изменения, в т.ч. какие нормативные документы	Кто обладает властью для осуществления изменения?	Кто адвокат (сторонник изменения)?	Какие мероприятия могут оказать влияние на людей у власти?

1.	Лица с ТБ не принимают участия в разработке и обсуждении политики, связанной с диагностикой, лечением и предупреждением распространения ТБ	Привлечение людей с ТБ к разработке и обсуждению политических решений, связанных с контролем за ТБ	МЗ	Люди, затронутые ТБ	Участие представителей пациентов с ТБ в заседаниях МЗ по ключевым вопросам, связанным с ТБ (заседание координационного комитета по контролю за ТБ)
----	--	--	----	---------------------	--

Приложение 21. Основы интерактивного обучения

Интерактивное обучение – подход, ориентированный на активное взаимодействие учащихся не только с преподавателем, но и друг с другом и на доминирование активности учащихся в процессе обучения. Место преподавателя (фасилитатора) в интерактивных занятиях сводится к созданию условий для самостоятельного обучения учащихся в рамках той или иной темы.

Задачи обучения:

1. Предоставить информацию;
2. Помочь обсудить новую информацию со всех сторон (дать возможность высказаться каждому, но не настаивать, если кто-то высказываться не хочет);
3. Создать условия для тренировки новых умений (дать возможность потренироваться каждому).

Теоретические предпосылки – модель обучения, центрированного на учащихся

1. **Человека ничему нельзя научить, человек всему учится только сам.** Можно помочь человеку в его обучении, создать все условия для того, чтобы облегчить ему этот процесс. Например:
 - Предоставить всю необходимую информацию (устно, в печатном и электронном виде) и облегчить доступ к информации (например, дать ссылки);
 - Помочь рассмотреть ее со всех сторон и
 - Попрактиковаться (попробовать в действии).
2. **Человек воспринимает только ту информацию, которую считает важной лично для себя.** Большая часть преподносимой информации проходит мимо учащихся. Как быть с этим? Можно говорить с человеком о том, что важно лично для него в преподносимой вами теме. Как узнать, что для него важно? Спросить его об этом. Например, «Сегодня мы будем говорить о ВИЧ-инфекции. Нужна ли вам эта тема? Какие вопросы вы хотите изучить более подробно? Что это вам даст? Пригодится ли эта информация в вашей жизни? Если да, то как?» и т.д.
3. **Человек всегда сопротивляется всему новому, что навязывается ему извне.** С сопротивлением ничего нельзя сделать – оно есть и будет. Это естественная реакция. Все новое вначале оценивается как опасное, способное нарушить привычный порядок вещей и принести вред. Но важно помнить, сопротивление может провоцироваться и усиливаться самим преподавателем. Это происходит, когда мы:
 - Оцениваем учащихся и их поступки (плохо, хорошо, правильно, неправильно, красиво, некрасиво и т.д.).
 - Спорим с ними (это не так, ты не прав и т.д.)
 - Даем советы, рекомендации, решаем за них (иди туда и делай то-то и то-то, тебе нужно сделать вот так и так, для тебя лучше будет это и т.д.).
 - Требуем (ты должен, ты обязан и т.д.), упрашиваем (ну пожалуйста, будь умницей и т.д.).
 - Читаем мораль (как тебе не стыдно, это нечестно, ты же порядочная женщина / мужчина / мать / отец и т.д.).

Что же остается, если почти все наши действия только усиливают сопротивление? На самом деле нам остается многое:

- Мы можем беспристрастно давать достоверную информацию и помогать ее осмыслить,
- Можем принимать человека со всеми его мыслями, чувствами и поступками (признать за ним право поступать так, как он считает нужным),
- Можем быть честными перед учащимися и перед самими собой (говорить только то, во что верим сами).

Приложение 22. Текст для перевода

Текст для 1 группы

Клинический скрининг при оценке симптомов, подозрительных на ТБ легких, позволяет выявить случаи этого заболевания среди обратившихся в медицинские учреждения. Метод бактериоскопического исследования мазков мокроты является экономически наиболее оправданным методом выявления легочного ТБ при подозрении на это заболевание в странах со значительной распространенностью туберкулезной инфекции. Если исследование мазка мокроты на микобактерии ТБ дало положительные результаты, то такой человек трактуется как лицо с ТБ легких с положительным результатом бактериоскопии мокроты. Районный специалист по туберкулезу (РСТБ) должен зарегистрировать данного человека с ТБ и начать лечение. Люди, затронутые ТБ легких с положительным результатом бактериоскопии мокроты в большинстве случаев не нуждаются в проведении рентгенологического исследования органов грудной клетки.

Текст для 2 группы

Нередко состояние людей с ТБ с отрицательными результатами бактериоскопии мазков мокроты не улучшается после назначения антибиотиков широкого спектра действия. Если при повторном обследовании такого человека сохраняется подозрение на туберкулез, то следует провести рентгенологическое обследование органов грудной клетки. Характерные для туберкулеза изменения, выявленные на рентгенограммах, служат основанием для регистрации такого больного и назначения противотуберкулезного лечения. Если же сомнения в диагнозе ТБ остаются и после рентгенографии (например, обнаружение неспецифического инфильтрата в легких), то человеку проводят повторный курс лечения другими антибиотиками. Отсутствие клинического улучшения или возобновление кашля, прекратившегося на короткое время, служит основанием для повторного исследования мазков мокроты методом бактериоскопии. Сохранившиеся сомнения в диагнозе требуют повторного обследования больного с использованием как бактериоскопии мокроты, так и рентгенографии. Если же точный диагноз установить не удастся, то следует прибегнуть к посеву мокроты при наличии соответствующей возможности.

Текст для 3 группы

Кожные тесты с туберкулином не имеют существенного значения при диагностике туберкулеза у взрослых в популяциях со значительной распространенностью ТБ-инфекции. Положительные результаты этих тестов сами по себе не позволяют дифференцировать инфицированность микобактериями ТБ и заболевание ТБ. Ложноположительные результаты туберкулинового теста могут быть следствием предшествующего контакта человека с микобактериями из окружающей среды. И наоборот, результаты кожных тестов на туберкулин могут быть отрицательными даже у человека с туберкулезом. Ложноотрицательные результаты теста с туберкулином могут наблюдаться у ВИЧ-инфицированных людей, при тяжелой недостаточности питания и при милиарном ТБ.

Приложение 23. Дистанционное обучение

Почему дистанционное обучение?

Мы живем в цифровую эпоху. Знания человечества умножаются каждую минуту. Но и технологии позволяют брать самое лучшее уже сейчас и не выходя из дома (или выходя из дома). Преимущества дистанционного обучения:

- Стоимость в среднем ниже на 32-45%
- Экономия времени на 35-40%
- Возможность получить образование за рубежом
- И начать применять новые знания сразу на рабочем месте
- Преподаватель (как и ты) не тратит время на нерадивых учеников и другие орг. вопросы
- Видео занятий можно скачать и слушать, и пересматривать везде, любое количество раз
- Индивидуальный план и индивидуальный темп обучения
- Ведущие университеты мира переходят на дистанционные программы

Возможности дистанционного обучения

Индивидуальный подход

- Индивидуальное сопровождение каждого учащегося (переписка, видео/аудио чат между коллективными занятиями)
- Индивидуальная помощь учащимся на каждом этапе учебного процесса
- План обучения разрабатывается, исходя из потребностей конкретного учащегося

Развитие мотивации

- Исследование и работа с мотивацией каждого учащегося / коучинг
- Привязка обучающих программ к личным и профессиональным целям человека
- Сопровождение в процессе практики
- Супервизия – поддержка в формировании новых навыков – работа над ошибками и развитие сильных сторон

Высокое качество обучения

- Профессиональные преподаватели
- Последняя информация из достоверных источников
- Подбор лучших медиаматериалов
- Современные методы обучения

Что нужно для начала?

Если ты ученик:

- Телефон или компьютер с доступом в интернет + наушники с микрофоном
- Тихое уединенное место
- Понимание, зачем тебе вообще это нужно (это главное условие)

Если ты преподаватель

- Понимание, зачем тебе вообще это нужно (это главное условие)
- Стратегия (цель, аудитория, ожидаемые результаты курса)
- Программа курса и каждого урока
- Компьютер + интернет с хорошей скоростью + наушники с микрофоном + камера
- Платформа для проведения вебинаров

Лучше использовать специальные платформы для вебинаров, а не обычные мессенджеры:

- Возможность подключения большой аудитории
- Возможность демонстрации видео и презентаций

- И другой специальный функционал
- Постоянные тренировки:
- Провел вебинар – обработал обратную связь – внес коррективы – провел вебинар – обработал обратную связь – внес коррективы – провел вебинар

AFEW Kazakhstan готов помочь:

- Научиться проводить дистанционные занятия
- Разрабатывать стратегию обучения, программы вебинаров, инструменты оценки и т.д.
- Создавать материалы для учащихся – презентации и видео
- Проведем супервизию - поможем делать первые шаги

Приложение 24. Техники, применяемые в интерактивном обучении

Интерактивная лекция (презентация)

Лекция – форма преподнесения теоретического материала. Отличием интерактивной лекции от классической, является постоянный контакт лектора с аудиторией. Перед преподнесением какой-либо информации, тренер спрашивает, что знают об этом участники. После предоставления какого-либо тезиса, тренер предлагает обсудить отношение участников к этому вопросу. Например:

- А Вы как считаете?
- Как Вы предлагаете это делать?
- Как Вы думаете, к чему это может привести? и т.д.

Перед лекцией можно провести мозговой штурм или ролевую игру, связанную с предстоящей темой. Это поможет актуализировать тему для участников, выяснить информированность и отношение к ней.

Материал излагается на доступном для участников языке. Каждому термину необходимо дать определение. Теорию лучше объяснять, идя от общего к частному. Например, сначала рассказать об определении наркотиков и общих закономерностях формирования зависимости, а потом говорить о свойствах каждого наркотика в отдельности. Перед переходом к каждому следующему вопросу темы, необходимо подытожить сказанное и убедиться, что Вы были правильно поняты.

Преподнося информацию, важно ссылаться на авторитетные источники и подчеркивать, что все сказанное не придумано Вами, а изучено и описано специалистами в этой области.

По окончании выступления нужно обсудить все возникающие у участников вопросы, затем спросить – как можно использовать полученную информацию на практике и к каким результатам это может привести.

Общая дискуссия

Дискуссия – это обсуждение какой-либо темы, основанное на опыте, имеющемся у участников тренинга. Этот метод, несомненно, является наиболее важным для тренера, поскольку, во-первых, в отличие от работы в малых группах, тренер взаимодействует с участниками постоянно, во-вторых, любой другой метод на той или иной стадии неизменно включает в себя общую дискуссию. При проведении дискуссии важно следить за тем, чтобы высказаться имел возможность каждый участник тренинга.

Подготовка и проведение дискуссии:

- Определяется тема дискуссии и желаемый результат: прояснение понятия, выработка общего понимания какого-либо вопроса и др.
- Тренер определяет ключевые моменты дискуссии, через которые она обязательно должна пройти.
- Составляются вопросы для обсуждения. Это самый ответственный момент в подготовке дискуссии.
- После того, как список вопросов готов, тренер проверяет последовательность и логику дискуссии, определяет возможные “подводные камни”, то есть моменты, где обсуждение может уйти в сторону.
- Тренер продумывает «затравку» для дискуссии. Это может быть краткая история, неожиданный вопрос, анекдот, или просто сообщение о теме дискуссии. В последнем случае вопрос, с которого дискуссия начнется, желательно направить на личный опыт участников, например, «Что вы будете делать, если в ответственный момент под рукой не окажется презерватива?» и т.д. «Затравка» поможет заинтересовать участников, побудить к высказыванию собственного мнения.

- Заккрытие дискуссии также планируется заранее. Тренер может спланировать это как некий итог – на базе того, что говорили участники, выстроить общую картину, добавляя свою информацию. Очень удачны закрытия, когда выводы делают сами участники.
- Во время самой дискуссии все ответы желательно записывать, хотя бы как краткие заметки, для того, чтобы весь ход дискуссии прослеживался наглядно.

Мозговой штурм

Мозговой штурм применяется для поиска вариантов решения сложной ситуации или планирования мероприятий. Можно применять эту форму работы, когда нужно выяснить информированность и/или отношение участников к какому-либо вопросу. Во втором случае проводится только первый этап процесса – сбор идей.

Алгоритм проведения:

I этап – сбор идей

- Задать участникам определенную тему для обсуждения или задать вопрос;
- Предложить высказывать свои мысли по этому поводу;
- Записывать все прозвучавшие высказывания (принимая всё, без споров). Допускаются уточнения высказываний, если они кажутся Вам неясными;

II этап – анализ идей (в случае, если это планирование или поиск решения проблемы)

- Предложить проанализировать идеи, исходя из их реалистичности, стоимости, затрат сил и времени, законности и т.д. Ведущий, повинаясь общегрупповому мнению, подчеркивает законные, самые малозатратные, реалистичные идеи;
- Выбор оптимального варианта (вариантов). Группа решает, какой вариант (варианты или комбинация вариантов) является оптимальным способом решения поставленной задачи.

Сбор обратной связи – Что вам понравилось на сегодняшних занятиях? Что (какое упражнение, какую тему, игру) следует в будущем провести иначе?

Планирование – какие можно провести мероприятия по профилактике ВИЧ (или наркопотребления) среди той или иной группы населения?

Решение задачи – что можно сделать для того, чтобы у всех представителей той или иной целевой группы был свободный доступ к презервативам?

Работа в малых группах

Работа в малых группах применяется, когда нужно продемонстрировать сходства или различия определенных явлений, выработать стратегию или разработать план будущей работы, выяснить отношение различных групп участников к одному и тому же вопросу (в последнем случае группы формируются исходя из рода занятий или по другим критериям – например врачи с врачами, социальные работники с социальными работниками).

Алгоритм проведения:

- Поделить участников на группы по 4 – 7 человек;
- Сформулировать и обязательно записать на плакате задание для каждой группы (или одно задание на всех);
- Объявить и записать время, выделенное Вами на выполнение работы;
- Во время работы помогать участникам держаться заданного направления. Ни в коем случае не предлагать участникам готовых решений и не отмечать идеи, кажущиеся Вам глупыми, неважными или неправильными;
- Если группы не готовы к установленному Вами сроку, нужно спросить, сколько еще времени им необходимо. Если и к этому моменту группы не готовы, нужно прекратить процесс, пояснив, что дополнить наработки можно будет устно во время выступления;
- Каждая группа определяет, кто будет представлять результаты работы. Предложите попробовать сделать выступление не только лидерам групп, но и другим участникам, ведь тренинг существует для отработки новых умений;

- Во время выступлений тренеру следует расположиться, так, чтобы не отвлекать своим видом остальных участников. Не перебивайте выступающего;
- После окончания каждого выступления нужно спросить – есть ли у группы, готовившей данную работу дополнения к сказанному;
- Далее следует предложить остальным участникам задавать вопросы выступающему и его группе;
- После выступления всех групп можно спросить участников, какие, по их мнению, выводы можно сделать из получившихся результатов.