



**Приложения к руководству по подготовке тренеров для дистанционного формата обучения по вопросам туберкулеза**

**Онлайн тренинг для тренеров**

**Консультирование по вопросам туберкулеза**

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

**Алматы 2021**

Данная публикация стала возможной 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.

<b>ОглавлениеПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	<b>3</b>
<i>Приложение №1. Zoom и WhatsApp как платформы для организации онлайн тренингов ...</i>	<i>3</i>
<i>Приложение №2. Основы интерактивного обучения</i> .....	<i>21</i>
<i>Приложение №3. Техники применяемые в интерактивном обучении</i> .....	<i>23</i>
<i>Приложение №4. Дистанционное обучение</i> .....	<i>26</i>
<i>Приложение №5. Текст из Клинического руководства ВОЗ по ТБ</i> .....	<i>28</i>
<i>Приложение №6. COVID-19</i> .....	<i>29</i>
<i>Приложение №7. Основные сведения о ТБ</i> .....	<i>30</i>
<i>Приложение №8. Диагностика ТБ</i> .....	<i>32</i>
<i>Приложение №9. Профилактика ТБ</i> .....	<i>35</i>
<i>Приложение №10. Задачи к теме «Выявление ТБ»</i> .....	<i>37</i>
<i>Приложение №11. Лечение ТБ</i> .....	<i>38</i>
<i>Приложение №12. Видеонаблюдаемое лечение (ВНЛ)</i> .....	<i>39</i>
<i>Приложение №13. Задачи «Портрет человека, затронутого ТБ»</i> .....	<i>41</i>
<i>Приложение №14. ЛТБИ и ПЛТ</i> .....	<i>42</i>
<i>Приложение №15. Работа с контактными</i> .....	<i>44</i>
<i>Приложение №16. Таблица круга контактных</i> .....	<i>45</i>
<i>Приложение №17. Таблица по работе с контактными</i> .....	<i>46</i>
<i>Приложение №18. Стигма и дискриминация</i> .....	<i>47</i>
<i>Приложение №19. Права людей затронутых ТБ</i> .....	<i>49</i>
<i>Приложение №20. Внутренняя стигма</i> .....	<i>52</i>
<i>Приложение №21. Общие вопросы консультирования</i> .....	<i>55</i>
<i>Приложение №22. Алгоритм практики консультирования</i> .....	<i>61</i>
<i>Приложение №23. Алгоритмы консультирования по вопросам ТБ</i> .....	<i>62</i>
<i>Приложение №24. Модель изменения поведения и мотивационное интервьюирование ...</i>	<i>64</i>
<i>Приложение №25. Адвокация в борьбе с ТБ</i> .....	<i>69</i>
<i>Приложение №26. Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ</i> .....	<i>73</i>
<i>Приложение №27. Идеальное поведение в борьбе с ТБ</i> .....	<i>74</i>
<i>Приложение №28. Мероприятия по адвокации</i> .....	<i>75</i>
<i>Приложение №29. Как сделать крутую презентацию?</i> .....	<i>76</i>

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение №1. Zoom и WhatsApp как платформы для организации онлайн тренингов

### Что такое онлайн-платформа Zoom и для чего она нужна?

**Zoom** – это сервис для проведения видеоконференций, семинаров и онлайн уроков. Кроме видеосвязи у участников есть возможность обмениваться друг с другом сообщениями и файлами, то есть Zoom – это еще и мессенджер.

#### Возможности сервиса:

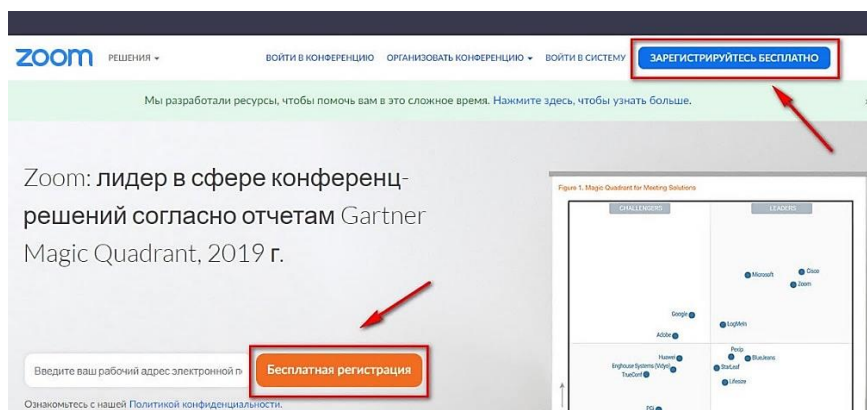
- видеоконференции с участием до 1 000 человек;
- поддержка HD качества;
- до 49 видео на экране;
- коллективный чат;
- виртуальные фоны для участников;
- сквозное шифрование конференции;
- функция перевода участника в режим ожидания;
- запись конференций на локальное устройство или в облако;
- поддержка запуска конференций через Outlook, Gmail или iCal;
- возможность выходить на связь с мобильного устройства.

Один из главных плюсов программы – наличие бесплатного тарифа. На нем можно подключить к конференции до 100 человек (длительностью до 40 минут). Если это не групповая конференция, а звонок между двумя людьми – можно общаться неограниченное время. Также нет ограничений на количество конференций. Платный тариф позволяет проводить групповые конференции без ограничений по времени и количеству участников. Также добавляется возможность записи конференции и сохранения ее в облако. Для Zoom есть свой магазин приложений и расширений, которые можно интегрировать в сервис.

### Как скачать, установить и зарегистрироваться в Zoom: пошаговая инструкция.

#### На компьютер


Заходим на сайт Zoom.us, нажимаем на кнопку «Зарегистрируйтесь бесплатно» или «Бесплатная регистрация».



Вводим адрес электронной почты, нажимаем «Регистрация». Можно авторизоваться через почту Google или аккаунт на Facebook.

Ваш рабочий адрес электронной почты


Введите проверочный код


 

**Регистрация**

Регистрируясь, я принимаю [Политику конфиденциальности](#) и [Условия предоставления услуг](#).

или

 Войти с помощью Google

 Вход с помощью Facebook

Уже есть учетная запись? [Войти в систему](#).

На почту придет письмо с ссылкой на подтверждение аккаунта. Кликаем по ней, чтобы подтвердить регистрацию.



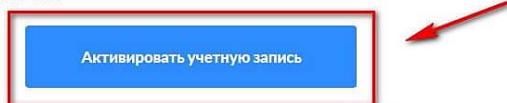
Мы отправили электронное письмо по адресу  
[redacted]@gmail.com.

Нажмите по ссылке подтверждения в электронном письме,  
чтобы приступить к использованию Zoom.

Если вы не получили электронное уведомление,  
[Отправить уведомление еще раз](#)

Поздравляем с регистрацией Zoom!

Чтобы активировать вашу учетную запись, нажмите кнопку ниже для подтверждения вашей о адреса электронной почты:

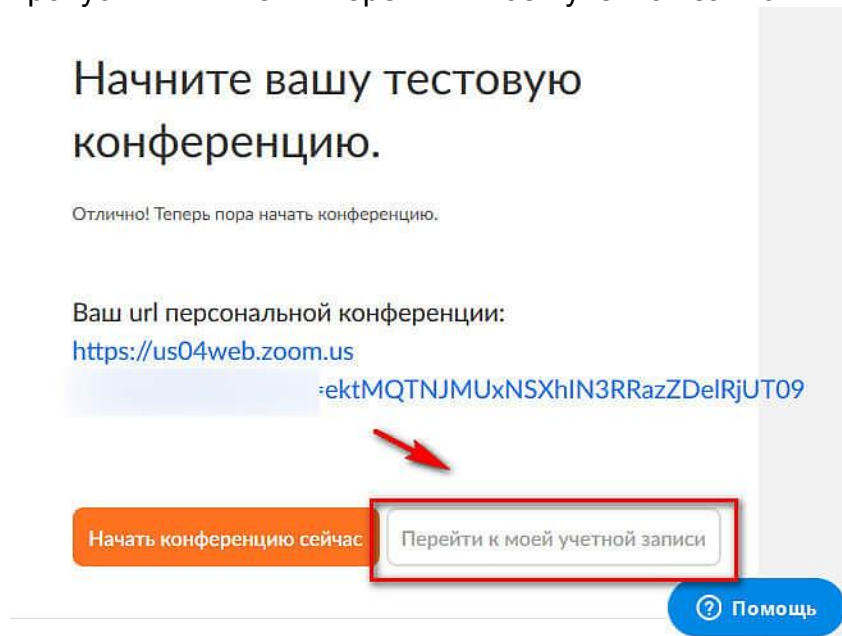


Нажав эту кнопку, вы подтверждаете, что вам не менее 16 лет.

Затем нас просят ввести имя, фамилию и придумать пароль. Заполняем, ждем «Продолжить».

Можно сразу ввести адреса коллег – им на почту придет предложение зарегистрироваться в сервисе. Можно пропустить этот шаг.

Далее появляется предложение начать тестовую конференцию, для этого ждем по ссылке или на кнопку «Начать конференцию сейчас». Этот шаг можно тоже пропустить – ждем «Перейти к моей учетной записи».



Сервисом можно пользоваться на сайте Zoom, но лучше скачать версию для ПК – так вы не пропустите входящие сообщения в чате и вызов на конференцию. Да и вообще так удобнее.

Нужно перейти в центр загрузок, [скачать и установить на компьютер клиент Zoom для конференций](#). После установки запускаем на компьютере и заходим под своим логином/паролем.

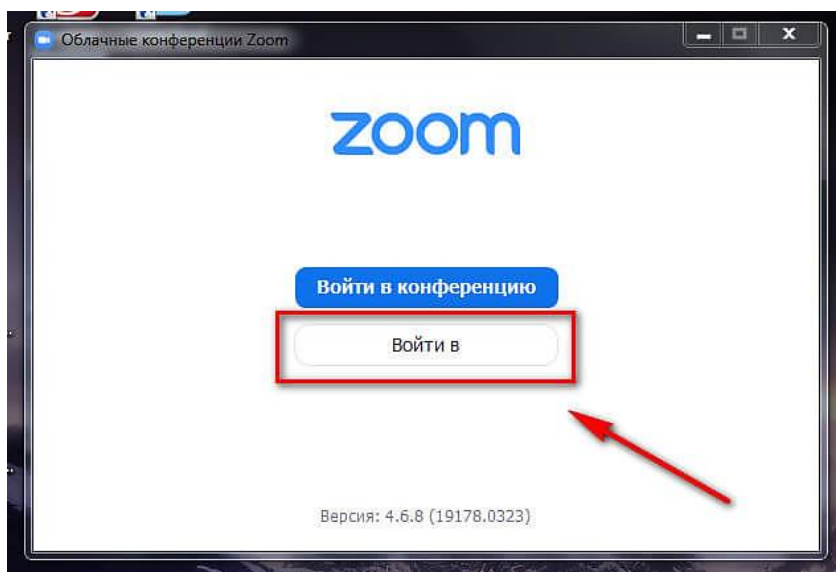


### Клиент Zoom для конференций

Клиент веб-браузера загружается автоматически при запуске или входе в первую конференцию Zoom, а также доступен для загрузки вручную здесь.



Для работы с десктопной версией необходимо идентифицироваться. Нажимаем на кнопку «Войти» и вводим свои данные. Можно сохранить данные, чтобы не логиниться каждый раз заново.



## На телефон

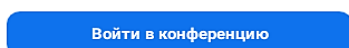
Можно зарегистрироваться на сайте, а потом скачать приложение или пройти регистрацию сразу с приложения. Скачиваем Zoom из магазина приложений:

- для [Андроид](#);
- для [iOS](#).

Открываем приложение, ждем «Регистрация» или «Войти в систему», где вводим свой логин/пароль.

### Начать конференцию

Запускайте и входе в видеоконференции на ходу

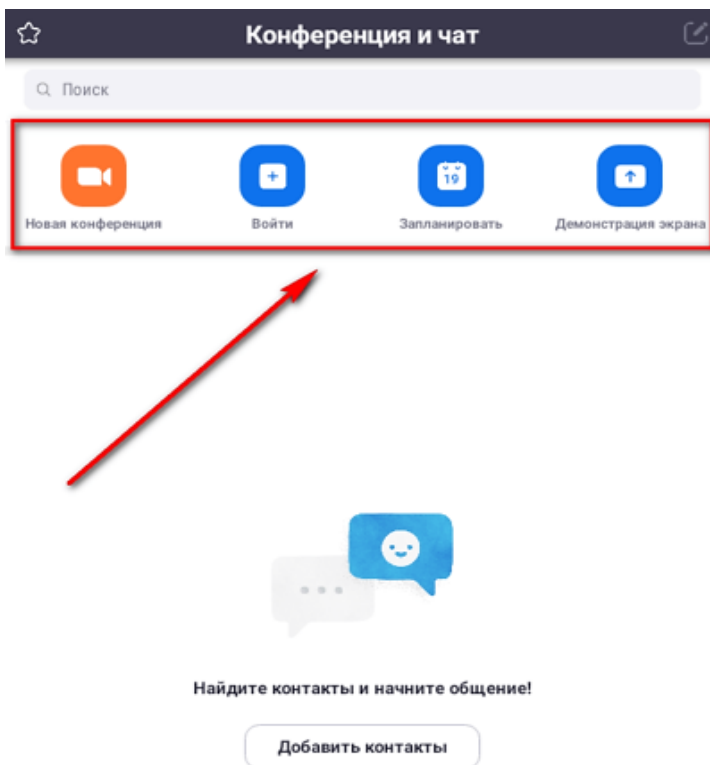


Регистрация

Войти в систему



В приложении можно организовывать конференции, подключаться к чужим, планировать будущие встречи, переписываться с участниками.

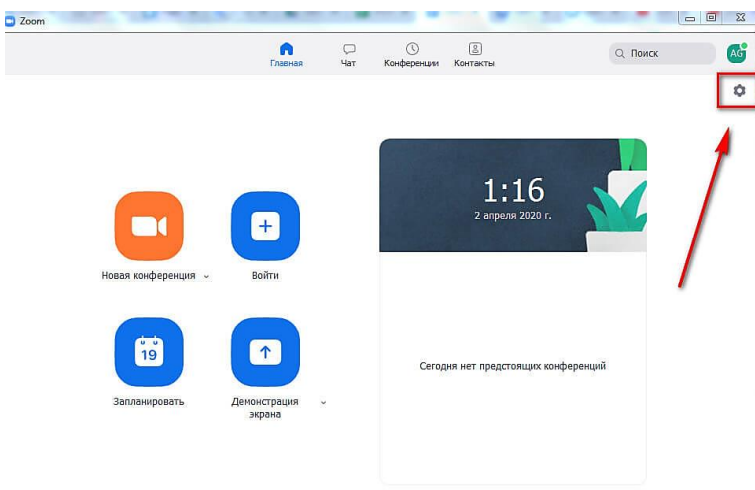


## Как пользоваться «Zoom-видеоконференцией»: самое полное руководство

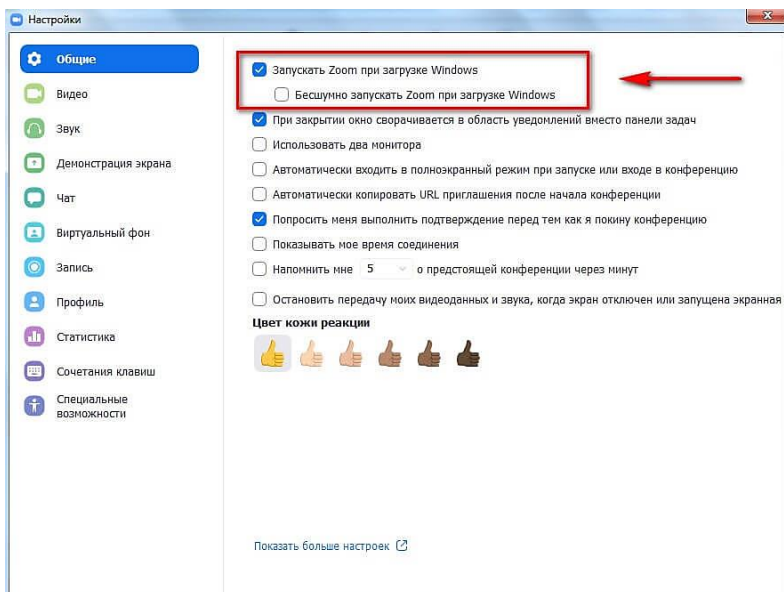
Рассмотрим на примере программы для ПК.

Как настроить для работы

Если вы планируете использовать Zoom ежедневно – настройте автоматический запуск программы при загрузке Windows. Для этого нужно нажать на значок шестеренки и перейти в настройки.



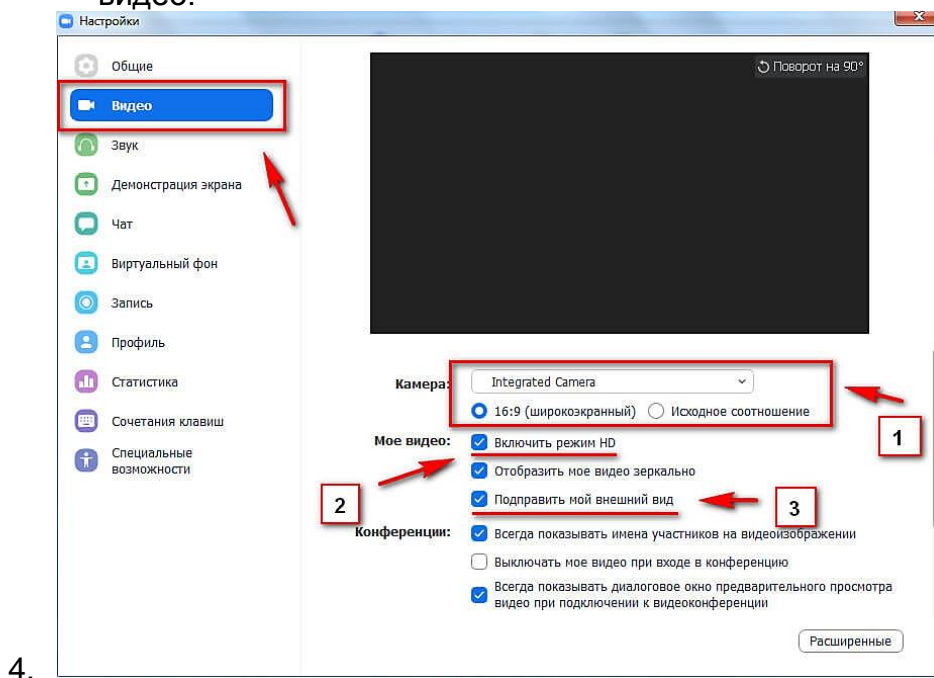
Далее в разделе «Общие» нужно поставить галочку возле пункта «Запускать Zoom при загрузке Windows».



Нужно сразу отрегулировать видео и звук. Заходим в соответствующие разделы.

**Видео.** Здесь самое главное настроить следующие параметры:

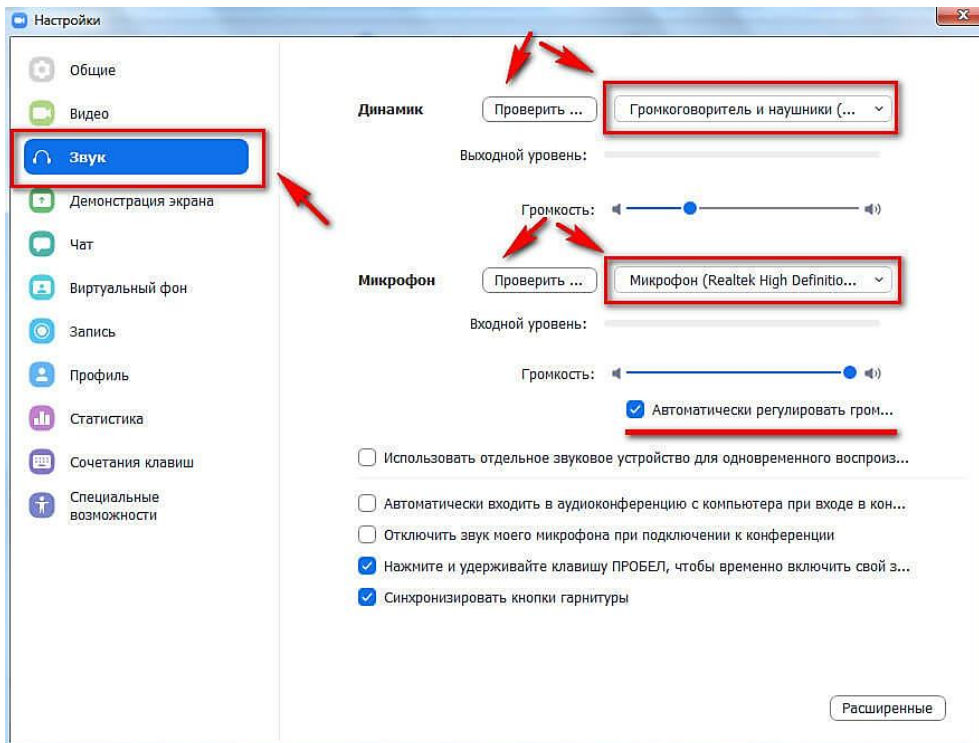
1. Камера – встроенная в ноутбук или внешняя веб-камера.
2. Режим HD – лучше поставить галочку для более высокого качества.
3. Функция «Подправить мой внешний вид» – незначительно сглаживает видео.



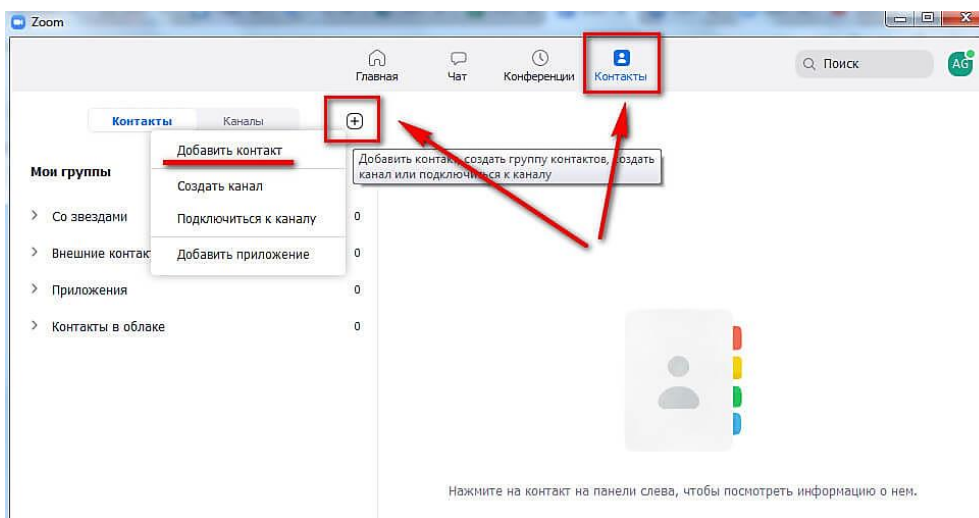
Остальные галочки можно оставить по умолчанию.

**Звук.** Нужно проверить подключение и настройки динамиков и микрофона. Можно настроить свою громкость для программы или оставить галочку напротив пункта «Автоматически регулировать громкость».

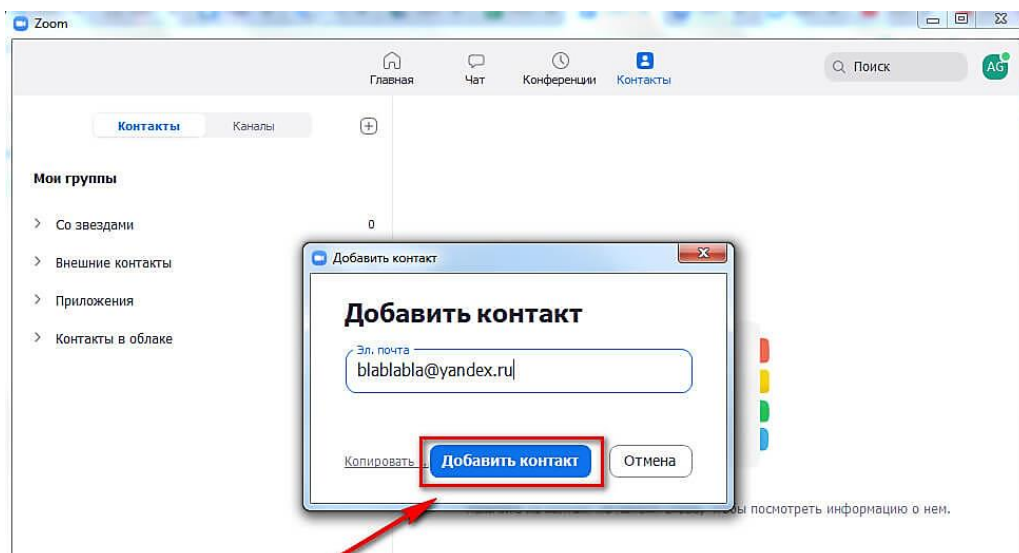




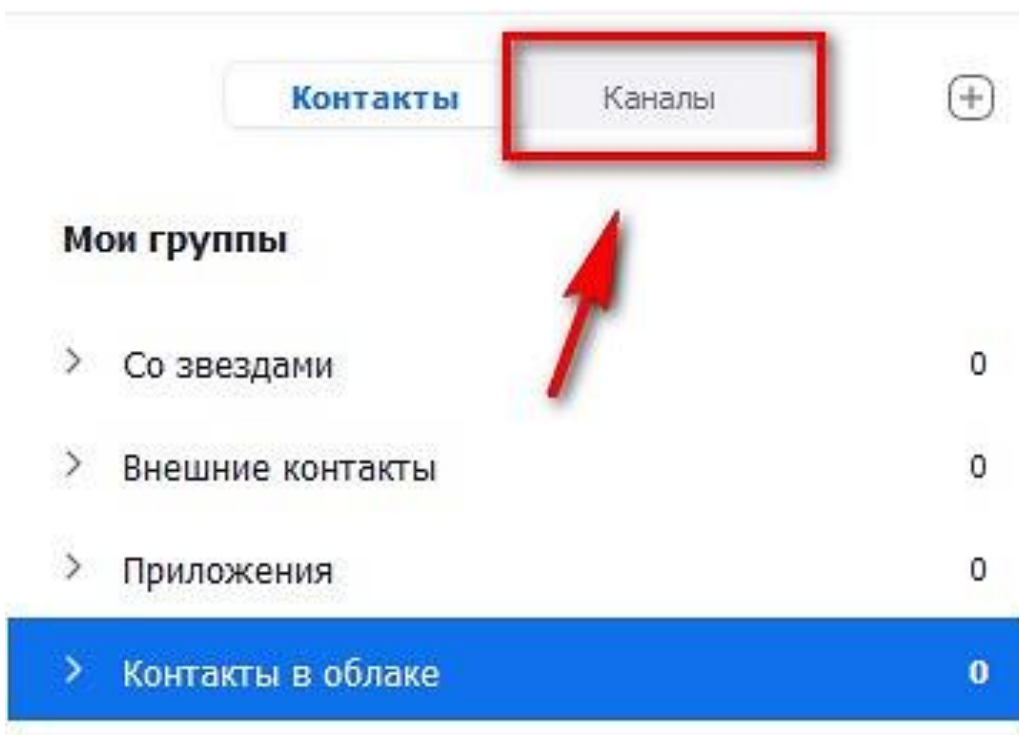
**Контакты.** Для добавления контактов заходим в соответствующий раздел и жмем плюсик. Затем «Добавить контакт».



Вписываем почтовый адрес человека. Ему на почту приходит предложение зарегистрироваться в Zoom или скачать приложение. Нажимаем «Добавить контакт». Он сохраняется в адресной книге.



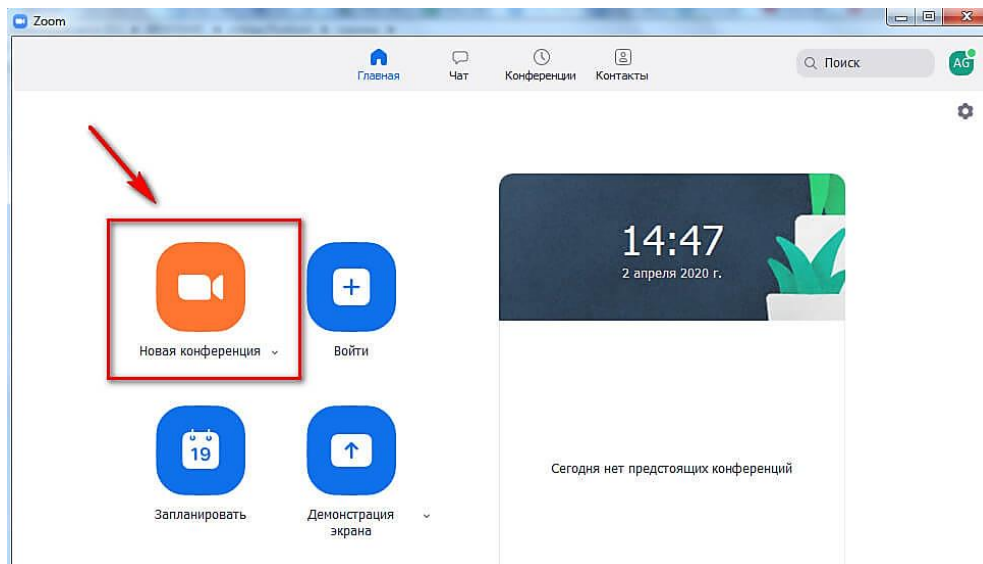
Контакты можно разделить на группы. Также можно создать канал – это похоже на группу в Телеграме. Там можно выкладывать важную информацию, общаться или созваниваться сразу с несколькими людьми. Это очень удобно – можно создать свой канал для каждого отдела и добавить туда сотрудников этих отделов.



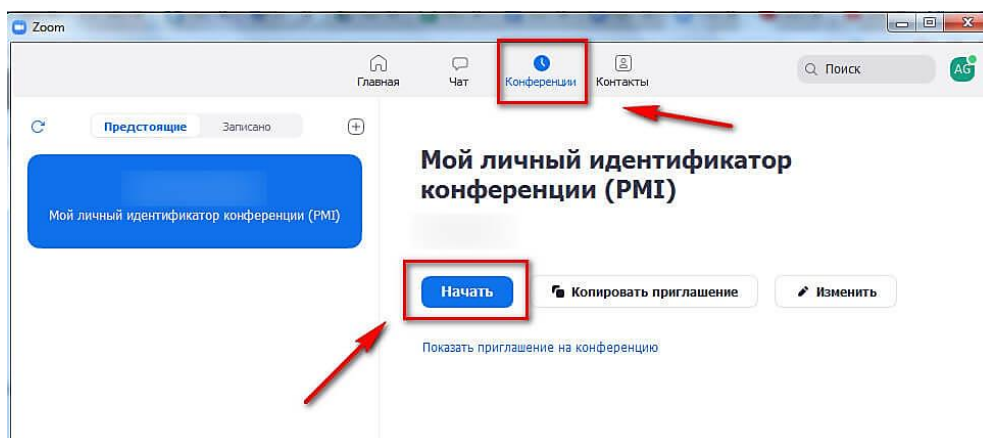
## Как создать конференцию в Zoom

Начать конференцию можно двумя способами.

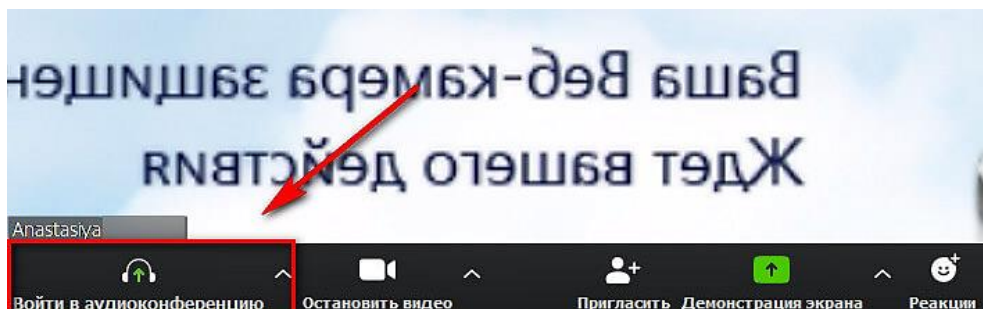
Первый – запускаем программу на ПК и в главном окне нажимаем «Новая конференция».



Второй – заходим в раздел «Конференции» и нажимаем кнопку «Начать».

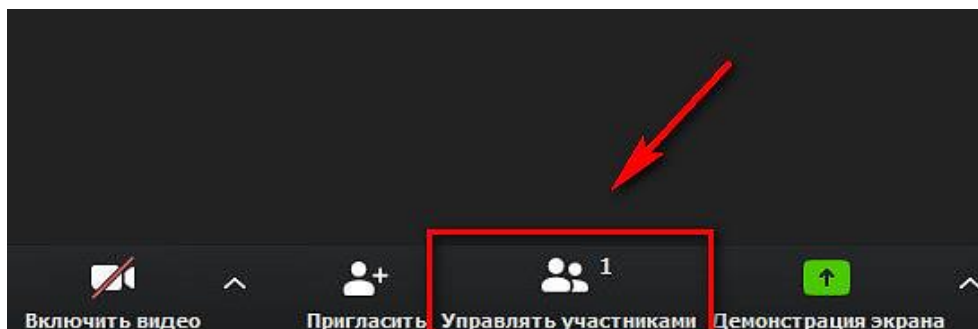


По умолчанию конференция запускается с видео и аудио, но можно переключиться на аудио режим без видео, для этого жмем «Войти в аудиоконференцию».

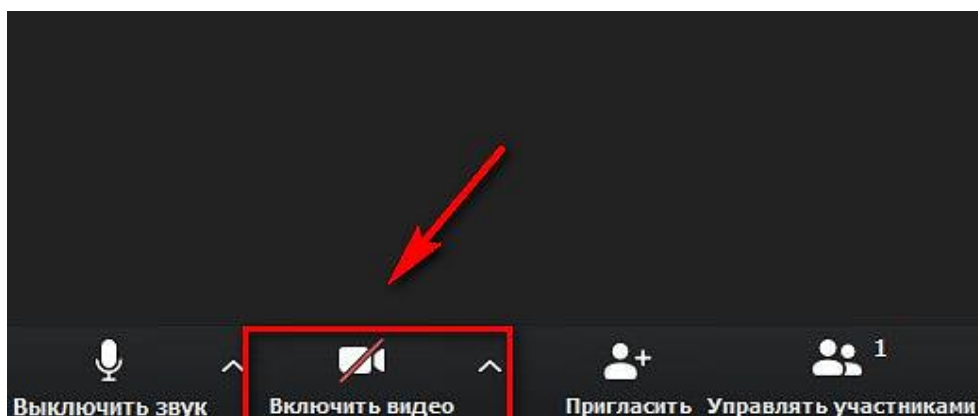


Все управление конференцией происходит на нижней панели с кнопками и боковой с участниками. Чтобы отобразить панель слушателей, нажмите «Управлять

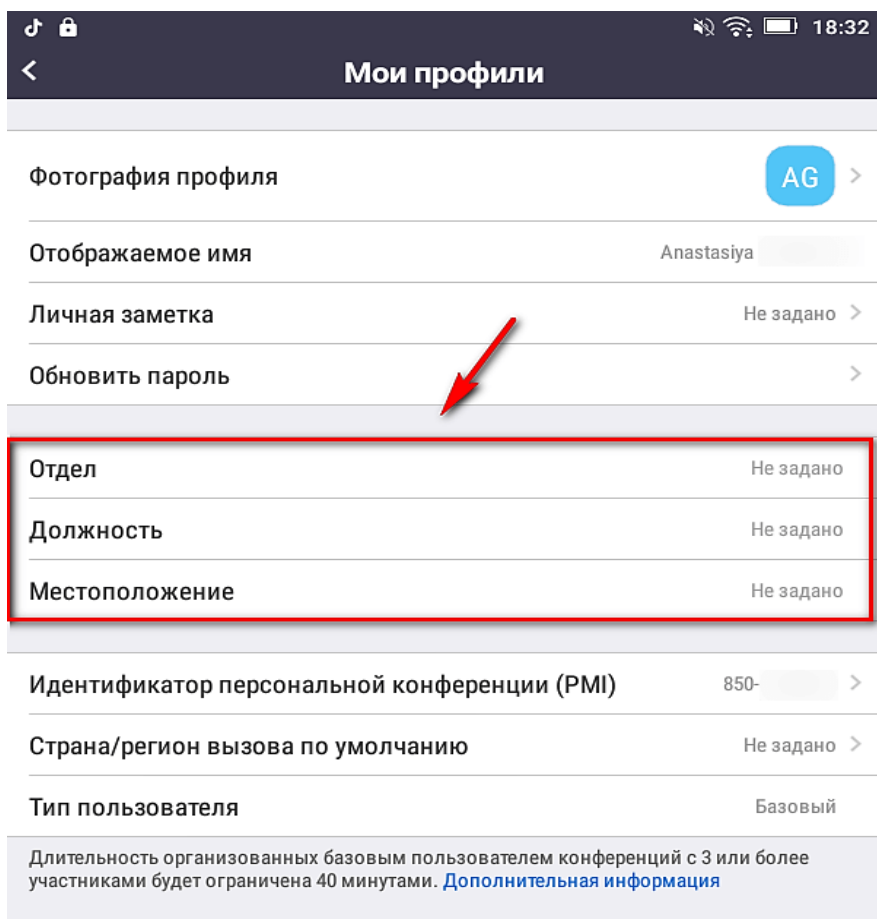
участниками». Возле этой кнопки отображается их количество. Откроется боковая колонка со всеми, кто принимает участие в конференции.



Возле каждого участника отображаются значки микрофона и камеры. Перечеркнутый значок означает, что микрофон или камера выключены. На скрине ниже видно, что камера выключена, а микрофон работает. В процессе можно включить свою камеру или отключить звук. Это делается на нижней панели.



**Совет:** в настройках аккаунта укажите свою должность и отдел – другим сотрудникам будет понятно, с кем они общаются. Это делается в мобильном приложении в настройках профиля.

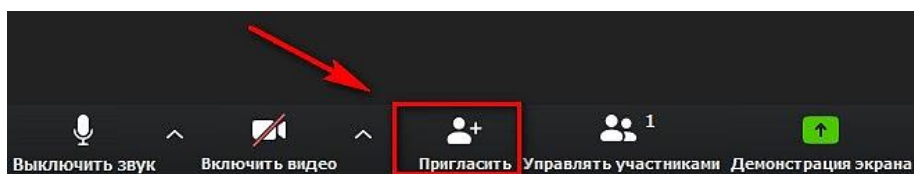


Выйти из системы

### Приглашение участников

Когда все готово, можно приглашать участников. На будущее лучше делать запланированную конференцию и рассылать приглашения заранее.

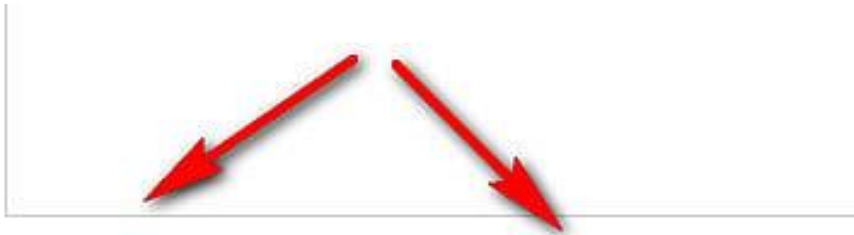
Участников можно добавить двумя способами. Первый – вызвать прямо из конференции. Для этого жмем кнопку «Пригласить» на нижней панели.



Затем пишем емейл-адрес или выбираем людей из списка контактов. Выбранным людям придет уведомление об участии на почту или в приложение.

Напротив тех, кто онлайн высвечивается зеленый кружок, напротив тех, кто оффлайн – серый. Если человек проводит свою конференцию, напротив его имени высвечивается красная камера.

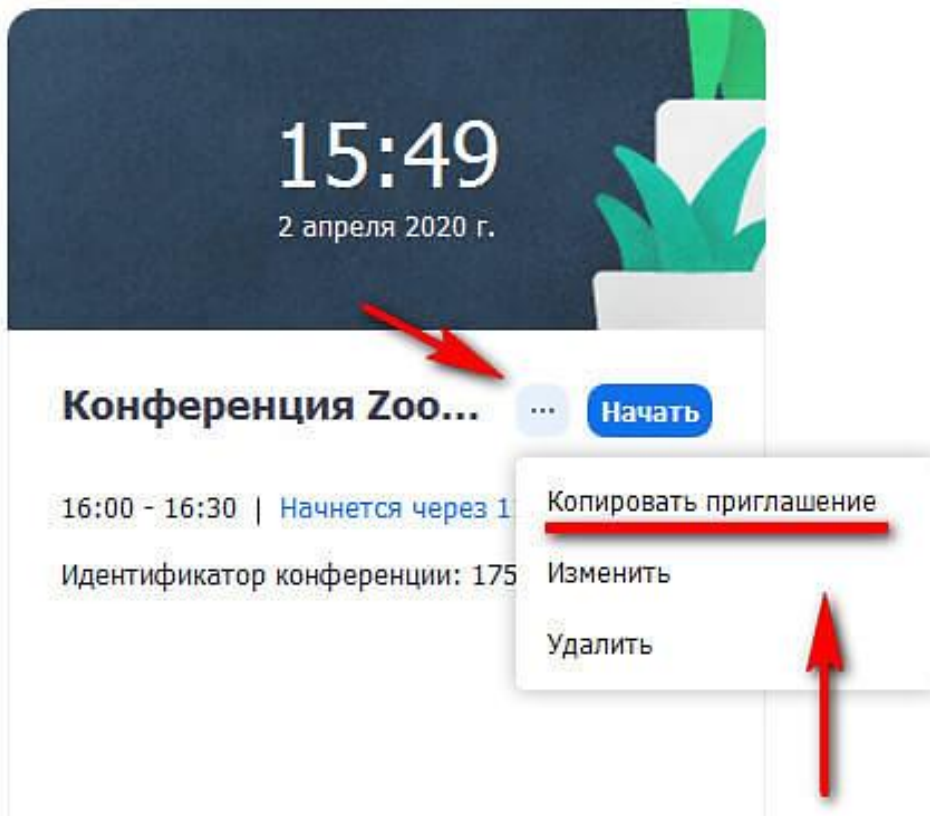
Второй способ – нажать кнопку «Пригласить» на нижней панели, затем скопировать ссылку на конференцию и прислать ее в выбранный мессенджер, например, в Телеграм.



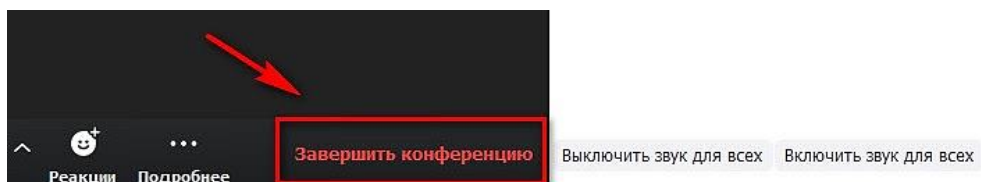
Копировать URL

Копировать приглашение

Для запланированной встречи тоже сразу формируется своя ссылка, которую можно найти под конкретной конференцией.



После окончания конференции нажимаем на нижней панели «Завершить конференцию».



Можно завершить ее для всех или выйти самому, предварительно назначив человека, который закончит выступление за вас.

## Как подключиться к чужой конференции

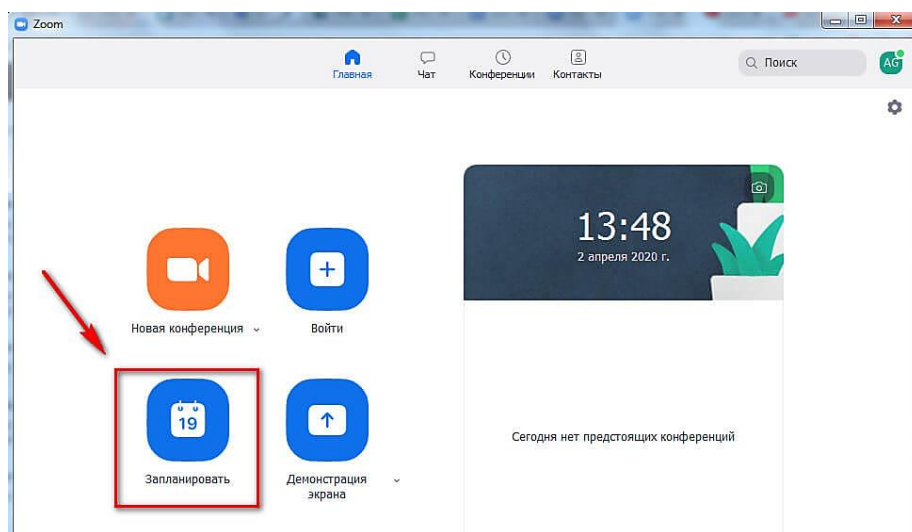
Участнику, которому выслали приглашение, придет ссылка на почту, в выбранный вами мессенджер или уведомлением в приложении Zoom. Соответственно, ему нужно нажать на ссылку, чтобы попасть на конференцию.

Если вам звонят в приложении, чтобы ответить нажмите «Принять». Или «Отклонить», если не можете принять звонок. Это функция похожа на звонок другу в Скайп.

Участник чужой конференции может отключать/включать свою камеру и микрофон, писать в общем чате и запросить у организатора возможность записи.

Как запланировать встречу

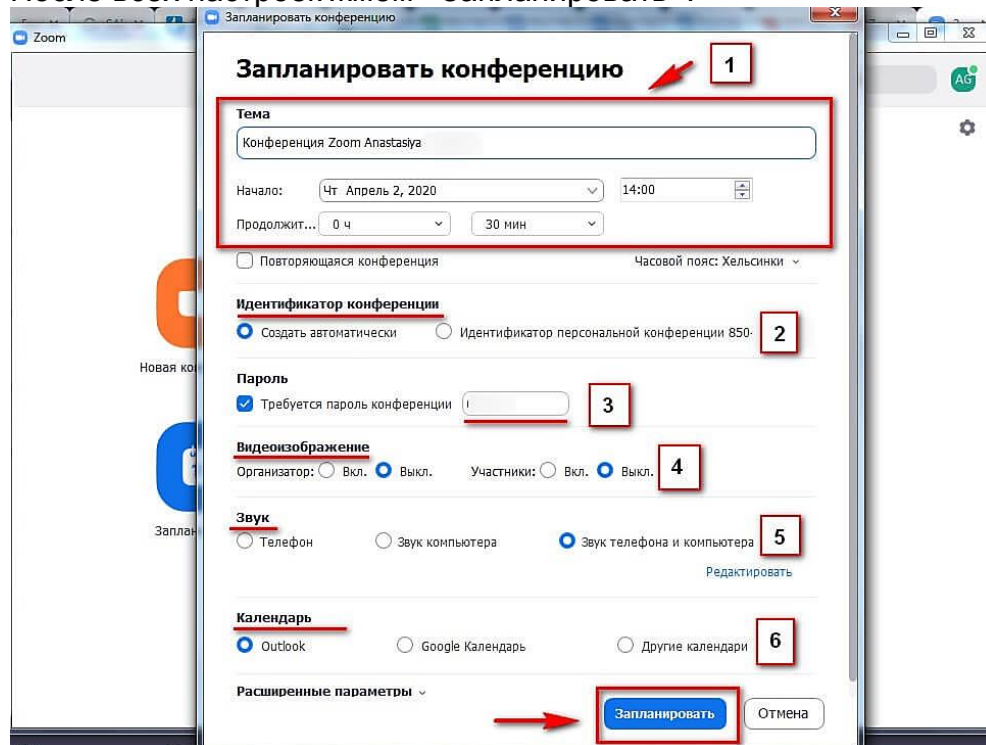
Планировщик встреч находится на главной странице приложения.



Какие здесь настройки:

1. Тема конференции, дата и время.
2. Идентификатор конференции – можно использовать свой персональный или создавать автоматически.
3. Пароль – если эта функция включена, то для доступа к конференции участникам понадобится пароль. Он приходит в уведомлении вместе с ссылкой на конференцию.
4. Видеоизображение – здесь можно включить/отключить видео у организатора и участников конкретной встречи.
5. Звук – выбираем откуда будет идти звук – с компьютера или приложения на телефоне.
6. Выбираем в каком календаре отметить конференцию. Если вы и ваши сотрудники используете Гугл календарь или Outlook, то туда также придет уведомление о предстоящей встрече.

После всех настроек жмем «Запланировать».



Все запланированные встречи отображаются в главном окне приложения. Там же можно найти ссылку на конференцию (нужно нажать на 3 точки).

### Как создать группу и пригласить в неё участников

Вы можете создать группу в WhatsApp и добавить в неё до 256 участников.

#### Чтобы создать группу:

1. Откройте вкладку Чаты в WhatsApp.
2. Нажмите Новый чат > Новая группа.
  - Если у вас уже есть чаты во вкладке Чаты, нажмите Новая группа.
3. Выполните поиск среди своих контактов или выберите контакты, которых вы хотите добавить в группу. Затем нажмите Далее.
4. Введите тему группы. Это будет название вашей группы, которое увидят все её участники.
  - Максимальное количество символов в теме — 25.
  - Вы можете добавить картинку группы, нажав иконку Камера. Чтобы добавить изображение, выберите одну из следующих опций: Сделать снимок, Выбрать фото или Поиск в Интернете. Когда вы закончите установку, картинка будет отображена рядом с названием группы во вкладке Чаты.
5. Нажмите Создать, когда закончите.

#### Приглашение в группу с помощью ссылки

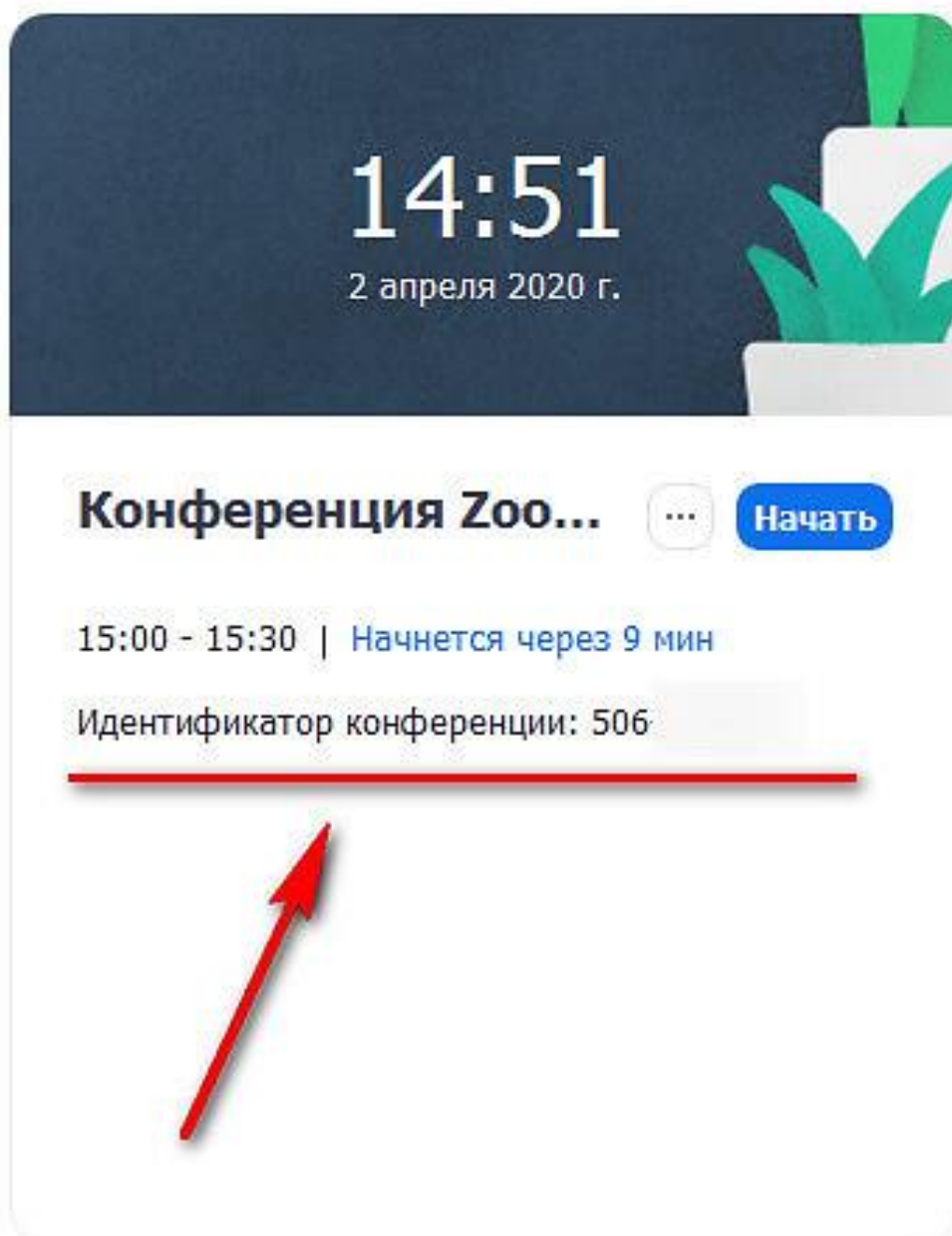
Если вы являетесь админом группы, вы можете пригласить в неё пользователей, отправив им ссылку. Админ может **Сбросить ссылку** в любой момент, чтобы сделать существующую ссылку недействительной и создать новую.

1. Откройте групповой чат WhatsApp и нажмите на тему группы.



- Вы также можете провести влево по группе во вкладке Чаты. Затем нажмите Ещё > Данные группы.
- 2. Нажмите Приглашение в группу.
- 3. Выберите Поделиться, Копировать или QR-код.
  - Чтобы сбросить ссылку, нажмите **Сбросить ссылку > Сбросить ссылку**.

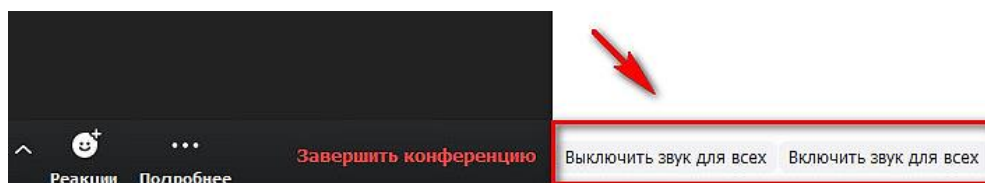
**Примечание.** Любой пользователь WhatsApp, с которым вы поделитесь ссылкой, сможет присоединиться к вашей группе, поэтому предоставляйте ссылку только людям, которым вы доверяете. Располагающий ссылкой пользователь может переслать её другим людям, которые затем смогут вступить в группу без необходимости подтверждения админом.



### Как включать/отключать звук

При настройке запланированной конференции можно заранее назначить, у кого будет включенный микрофон – у организатора или у всех участников. Если вы просто создали конференцию и добавили туда участников, то по умолчанию у каждого будет звук и видео, но каждый слушатель может сам отключить у себя эти функции.

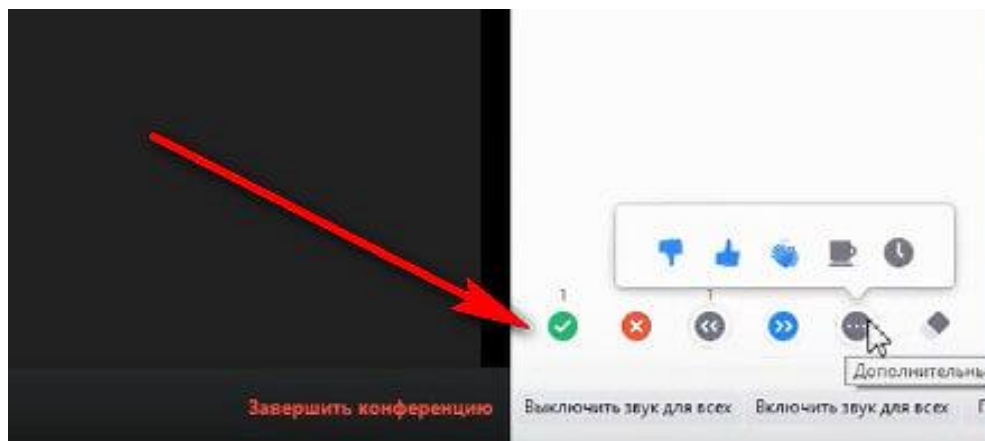
Также на боковой панели слушателей для организатора конференции есть 2 кнопки – «Выключить звук для всех» и «Включить звук для всех».



Если нужно отключить звук у конкретного участника, то напротив его имени нужно подвести мышку к микрофону и нажать «Выключить звук». Микрофон будет перечеркнут.

### Обратная реакция слушателей

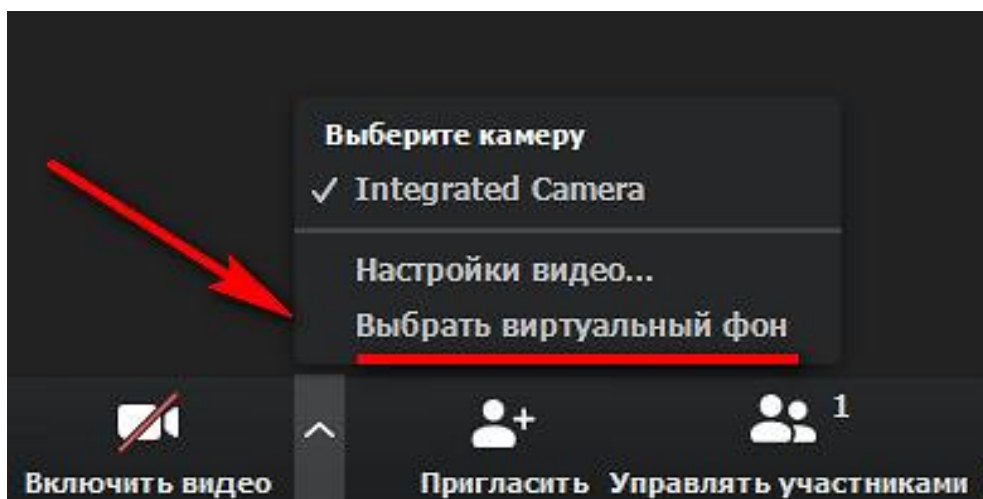
Эта функция позволяет получать обратную связь от участников. Например, слушатель может поднять «виртуальную руку», сказать «да» или «нет», сообщить, что ушел пить кофе. Реакции отображаются на боковой панели участников. Организатор может видеть не только ответы, но и количественное соотношение «да» и «нет». Также организатор может очистить все реакции. Участник может убрать только свою реакцию.



### Видеофоны Zoom

Любой участник конференции может заменить свой фон, но для того, чтобы функция работала, оригинальный фон должен быть однотонный, желательно зеленый (хромакей).

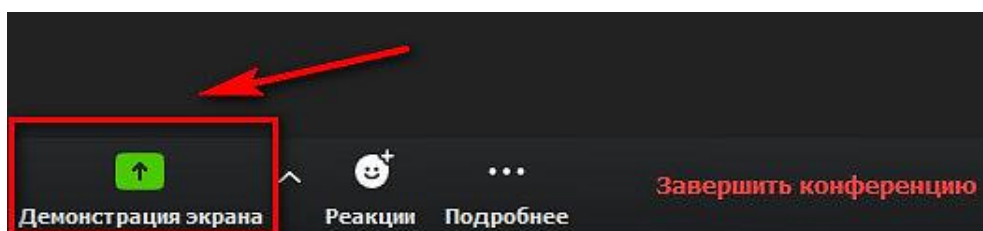
Чтобы включить функцию, на нижней панели возле значка видео жмем на стрелку, далее «Выбрать виртуальный фон».



Нас перебрасывает в настройки, где можно выбрать или загрузить картинку для фона.

### Демонстрация экрана

В Zoom есть функция демонстрации экрана. Можно показать свой рабочий стол, браузер, подключить виртуальную доску и вести на ней записи. Эта функция также находится на нижней панели и называется «Демонстрация экрана».



В ней есть несколько разделов, в которых можно выбрать, что именно мы будем показывать:

- Базовый. Это экран рабочего стола, браузер, виртуальная доска, экран телефона или запущенные на ПК приложения.
- Расширенные. Тут можно показать часть экрана, только звук ПК или съемку со второй камеры.
- Файлы. Здесь открывается доступ к файлообменникам.

### Мессенджер

Приложение Zoom еще можно использовать как мессенджер. Эта функция находится во вкладке чат. В чате можно отправлять сообщения, файлы или снимок с экрана. Также можно начать конференцию с человеком прямо из чата – аналогично звонку другу в Скайп.

## Использование приложения «WhatsApp»

### Как создать группу в WhatsApp и пригласить в неё участников

Вы можете создать группу в WhatsApp и добавить в неё до 256 участников.

#### Чтобы создать группу:

6. Откройте вкладку Чаты в WhatsApp.
7. Нажмите Новый чат > Новая группа.
  - Если у вас уже есть чаты во вкладке Чаты, нажмите Новая группа.
8. Выполните поиск среди своих контактов или выберите контакты, которых вы хотите добавить в группу. Затем нажмите Далее.
9. Введите тему группы. Это будет название вашей группы, которое увидят все её участники.
  - Максимальное количество символов в теме — 25.
  - Вы можете добавить картинку группы, нажав иконку Камера. Чтобы добавить изображение, выберите одну из следующих опций: Сделать снимок, Выбрать фото или Поиск в Интернете. Когда вы закончите установку, картинка будет отображена рядом с названием группы во вкладке Чаты.
10. Нажмите Создать, когда закончите.

#### Приглашение в группу с помощью ссылки

Если вы являетесь админом группы, вы можете пригласить в неё пользователей, отправив им ссылку. Админ может **Сбросить ссылку** в любой момент, чтобы сделать существующую ссылку недействительной и создать новую.

4. Откройте групповой чат WhatsApp и нажмите на тему группы.
  - Вы также можете провести влево по группе во вкладке Чаты. Затем нажмите Ещё > Данные группы.
5. Нажмите Приглашение в группу.
6. Выберите Поделиться, Копировать или QR-код.
  - Чтобы сбросить ссылку, нажмите **Сбросить ссылку > Сбросить ссылку**.

**Примечание.** Любой пользователь WhatsApp, с которым вы поделитесь ссылкой, сможет присоединиться к вашей группе, поэтому предоставляйте ссылку только людям, которым вы доверяете. Располагающий ссылкой пользователь может переслать её другим людям, которые затем смогут вступить в группу без необходимости подтверждения админом.

## Приложение №2. 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, базируется на следующих предположениях или гипотезах:

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.** Практика показывает, что, если человеку не интересна тема обучения – эффективность обучения будет стремиться к нулю. 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 – 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 усиливаю сопротивление?

- 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 №3. 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 сослаться 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.
- Закрытие 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).

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, повинувшись 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 показалось вам самым важным 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.

## Приложение №4. 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.

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 вы) 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

## Приложение №5. Текст из Клинического руководства ВОЗ по ТБ

### 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 №6. COVID-19

На сегодня в мире ситуация с COVID-19 остается напряженной. В условиях соблюдения строгого карантина необходимо продолжать лечение пациентов с ТБ. 2 апреля 2020 г. в Женеве прошло 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 карантина. Эти рекомендации направлены на предотвращение риска людей с ТБ заболеть COVID-19.

Основные рекомендации:

- люди с ТБ и ЛУ ТБ должны оставаться дома и по возможности переводиться на дистанционное видеонаблюдаемое лечение (ВНЛ),
- 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),
- пациенты 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 (ВНЛ 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.

В условиях карантина национальным программам нужно использовать 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 Cap), «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).

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, 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. 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.

## Приложение №7. Основные сведения о ТБ

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 соблюдения 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 №8. 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 аудитории-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. ХАИН 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.

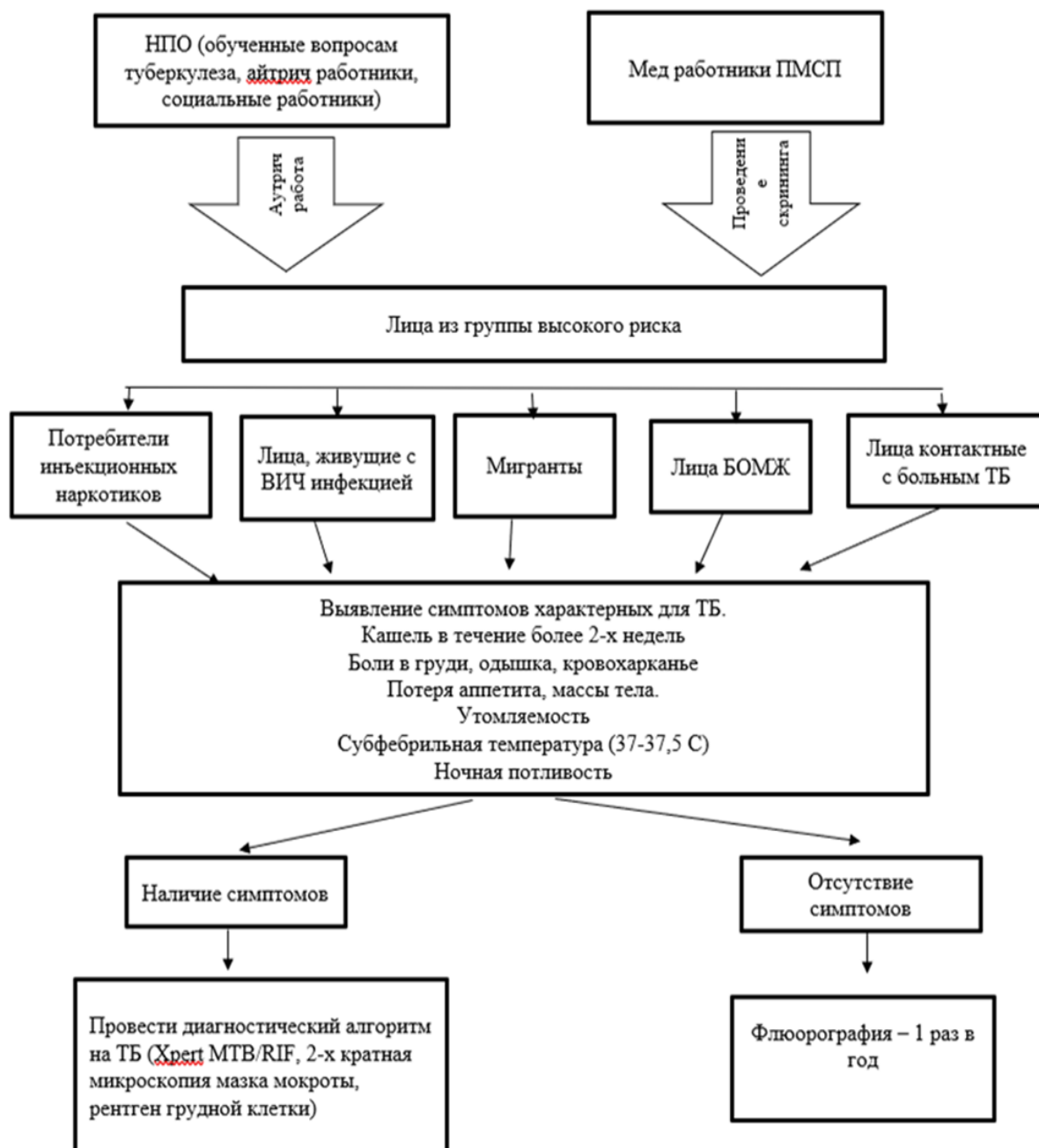
17. Требуется лаборатория биологической безопасности 2 и 3 уровня и постоянная коррекция результатов. В течение 1 дня позволяет выявить устойчивость в Рифампицину и Изониазиду, а также к фторхинолонам и ИПВР, что очень важно при выборе режима лечения у людей с ЛУ формами ТБ

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 №9. Профилактика ТБ

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 №10. 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 №11. Лечение ТБ

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 тибонем 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 туберкулёзом 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.

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

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.

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.

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 №12. Видеонаблюдаемое 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
  - Возможность выбора оборудования, используемого для проведения ВНЛ в зависимости от возможностей лиц с ТБ (наличие смартфона или компьютера)
  - ВНЛ предусматривает прием ПТП под непосредственным наблюдением медработника в режиме сеансов видеосвязи с использованием таких приложений, как Skype, Viber, WhatsApp и другие.

Примечание: Для высокоприверженных пациентов с ТБ, находящихся на ВНЛ 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. Ожидаемые 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 №13. Задачи «Портрет человека, затронутого ТБ»

- Молодой человек 22 лет, студент заочного отделения энергетического института, впервые заболел 6 месяцев назад, получал лечение сначала в больнице, а потом в поликлинике – не нарушал его, выполнял все предписания врача
- Ребенок 5 лет, живет с мамой и бабушкой, заболел год назад и получает лечение по поводу ЛУ ТБ, мама не может каждый день приводить ребенка в поликлинику так как ей нужно выходить на работу, бабушке 70 лет и ей тяжело смотреть за ребенком
- Лицо без определенного места жительства, мужчина 47 лет, болеет ТБ уже в третий раз, получает лечение в ТБ диспансере в течении 6 месяцев, ранее неоднократно нарушал режим лечения, на этом этапе лечения также не приходит за препаратами, злоупотребляет алкоголем
- Женщина 35 лет, ЛЖВ, заболела ТБ впервые, выявлена случайно при осмотре, бактериовыделения нет (БК-), вредных привычек нет, работает в магазине продавщицей.

## Приложение №14. ЛТБИ и ПЛТ

Комплексный подход к ТБ - раннее выявление случаев ЛТБИ, предоставление профилактического лечения ТБ - подход к ТБ до принятия стратегии по ликвидации ТБ назывался домашним, когда выявлялся один случай заболевания ТБ, то начиналось отслеживание лиц, контактировавших с заболевшими с целью обнаружения новых случаев заболевания туберкулезом. Сегодня в мире после принятия Стратегии по ликвидации ТБ используется групповой подход как можно скорейшее выявление в уязвимых слоях населения, то есть раннее выявление случаев туберкулезного заболевания и инфекции. Для выявления используется скрининг и обследование групп высокого риска туберкулеза, они направлены на максимальное выявление случаев туберкулезного заболевания и инфекции. Поэтому выявление лиц, контактировавших с заболевшими туберкулезом, по-прежнему является краеугольным камнем борьбы с туберкулезом.

В приказе по ТБ службе №214 даны определения ЛТБИ и ПЛТ.

Глава 1:

- п.2/24 - Латентная туберкулезная инфекция – состояние стойкого иммунного ответа на стимуляцию антигенами микобактерий туберкулеза без признаков активного туберкулеза
- п.2/44 - Профилактическое лечение туберкулеза – лечение, предлагаемое лицам, подверженным риску заболевания туберкулезом, с целью снижения этого риска
- п.6 - К мероприятиям по профилактике туберкулеза в части выявления и социального сопровождения на амбулаторном этапе лечения активного туберкулеза у лиц из групп высокого риска привлекаются неправительственные организации путем размещения и реализации государственных социальных грантов и государственных социальных заказов

Вопрос аудитории – Как вы думаете какие группы населения нужно обследовать в первую очередь?

Руководства ВОЗ рекомендуют целевые группы населения, отвечающие одному или нескольким из следующих критериев для программного управления: высокая распространенность инфекции ТБ, высокий риск прогрессирования туберкулеза, высокая заболеваемость туберкулезом (высокий уровень передачи), преимущества перевешивают риски

ВОЗ объединяет их в две группы: лица с высоким риском прогрессирования инфекции и лица с повышенной вероятностью заболевания ТБ

Группа лиц с высоким риском прогрессирования инфекции – к ним относятся ЛЖВ, шахтеры и лица работающие с силикатами, ЛУН, лица на диализе, лица готовящиеся к трансплантации органов

Лица с повышенной вероятностью заболевания ТБ-дети менее 5 лет, дети, подростки и взрослые старше 5 лет, лица которые часто бывают в местах скопления людей (институциональные места: работники здравоохранения, тюрьмы, БОМЖИ, мигранты, контакты с ЛУ ТБ, ЛУН)

Группы населения, подходящие для раннего выявления случаев заболеваний ЛТБИ и предоставления ПЛТ (ВОЗ):

- члены семьи/близкие контакты лица, заболевшего ТБ
- лица, контактировавшие с лекарственно-устойчивым ТБ (ЛУТБ)

- люди, живущие с ВИЧ
- мигранты
- институциональные места/ места скопления народа: тюрьмы
- шахтеры
- работники здравоохранения, находящиеся в зоне высокого риска
- другие уязвимые группы: бездомные, потребители внутривенных наркотиков
- пациенты с хроническими состояниями: анти-ФНО терапия, диализ, пересадка органов

Профилактическое лечение ТБ в соответствии с приказом №214 МЗ РК.

Профилактическое лечение латентной туберкулезной инфекции проводится детям и взрослым при исключении активного туберкулеза:

- детям до 5 лет и старше, взрослым, контактным с больными бактериологически подтвержденным ТБ (контактные и домашний очаг)
- контактным детям из очагов смерти, ранее неизвестных фтизиопульмонологическим организациям
- детям с положительной реакцией на аллерген туберкулезный рекомбинантный и (или) на IGRA-тесты (T-SPOT TB/QuantiFERON-TB Gold), с установленным диагнозом "Инфицирование микобактериями туберкулеза, впервые выявленное"
- взрослым и детям, живущим с ВИЧ
- детям, инфицированным микобактериями туберкулеза, получающим лечение иммуносупрессивными препаратами
- взрослым, получающим биологическую терапию, при положительном результате пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

Профилактическое лечение латентной туберкулезной инфекции проводится индивидуально с учетом чувствительности штаммов микобактерий туберкулеза у больного туберкулезом, с которым контактировал пациент.

Длительность профилактического лечения латентной туберкулезной инфекции зависит от выбранной схемы и препаратов. Основными препаратами для проведения профилактического лечения латентной туберкулезной инфекции являются изониазид, рифампицин, рифапентин, левофлоксацин и моксифлоксацин.

Резюме:

- Необходимо увеличить количество групп высокого риска, которые имеют право на ПЛТ на основе данных эпидемиологии
- Необходимо расширить охват групп высокого риска и интегрировать диагностику и лечение ЛТБИ
- НПО могут сыграть большую роль в ведении пациентов с ЛТБИ и ПЛТ

## Приложение №15. Работа с контактными

Основные определения (приказ №214 МЗ РК)

Глава 1.

- п.43: Индексный случай (индексный пациент) по туберкулезу - первоначально выявленный новый или повторный случай туберкулеза у человека любого возраста в конкретном месте его пребывания или других сопоставимых условиях, где существует риск заражения для других людей.
- п.44: Индексный случай — это случай, в отношении которого проводится обследование контактных лиц, хотя этот человек может и не быть источником инфекции

Контакт – это любое лицо, которое взаимодействовало, (воздействовало, соприкасалось, контактировало, общалось, находилось в одном пространстве и т.д.) с индексным случаем (индексный пациент).

Вопросы к аудитории:

- От чего зависит интенсивность контакта - интенсивность контакта зависит от частоты, длительности, расстояния и индивидуальных особенностей организма
- От чего зависит вероятность заражения ТБ при условии контакта? Риск заражения ТБ при условии контакта в большей мере зависит от инфицирующей дозы
- Чем определяется инфицирующая доза? Концентрацией живых микобактерий ТБ в воздухе и продолжительностью контакта.

Определения эпидемиологического очага и очага ТБ инфекции.

- Эпидемиологический очаг – место пребывания больного инфекционным или паразитарным заболеванием с окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель инфекции способен передаваться от больного к восприимчивым людям
- Очаг туберкулезной инфекции – место проживания (частный дом, квартира, комната в общежитии), учебы, работы, отдыха больного туберкулезом с бактериовыделением.

Расследование контактов – это систематический процесс, предназначенный для выявления ранее не диагностированных случаев туберкулеза среди контактов пациента с ТБ (индексный случай).

Задача НПО - выявить как можно больше контактных, путем тщательного сбора информации и тесной работы как с заболевшим человеком, так и медицинскими работниками. Важно помнить - чем большее число контактных будет выявлено и обследовано, тем быстрее будет остановлено распространение инфекции!

## Приложение №16. Таблица круги контактных

<b>1 круг контактов - внутренний круг</b>	<b>Бликие домашние контакты</b>	Все, кто проживает в домашнем хозяйстве (квартире) с заболевшим ТБ
	<b>Бликие не домашние контакты</b>	регулярный, продолжительный контакт с индексным случаем (разделяют с ним одно пространство, единое воздушное пространство) Те, кто имел тесный контакт с индексом в ограниченном пространстве, таком, как автомобиль, рабочие места (теснота) и плохая вентиляция, тюремная камера
<b>2 круг контактов – средний круг</b>	<b>Случайные контакты</b>	Частые гости в доме (квартире), друзья, родственники, одноклассники, товарищи в учебном учреждении, коллеги по работе или те, с кем индекс проводил какое-то время (близкие, знакомые), участники клубов, команд - пассажиры на соседних сиденьях, с кем индекс провел во время поездки (полета) более 8 часов
<b>3 круг контактов – внешний круг</b>	<b>Распространенные (социальные, коммуникационные, общественные) контакты</b>	Все, кто живет в одной коммуне (улица, район), посещает ту же школу, спортивный клуб, работает с индексом в одном учреждении – то есть те лица, кто мог иметь случайный (единичный, спорадический, нерегулярный) контакт с индексом

## Приложение №17. Таблица по работе с контактными

Интенсивность	Площадь		Продолжительность взаимодействия индекса с контактом			
			Длительный контакт	Кратковременный контакт		
			Ежедневно или более 48 часов в неделю	Раз в неделю или более 6 до 48 часов	Иногда (изредка, время от времени) или от 1 до 6 часов	Случайные или менее 1 часа
Бликий	Автомобиль	До 5 м2	1 круг	1 или 2 круг	2 круг	2 круг
	Комната	10-30 м2	1 круг	2 круг	2 круг	2 или 3 круг
Случайный или распространенный контакт	Класс/офис	100-200 м2	2 круг	2 или 3 круг	3 круг	3 круг
	Большое замкнутое пространство	Более 200 м2	2 круг	3 круг	3 круг	Нет круга

## Приложение №18. 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)
- Заболевание (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.

**Как 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... құдай 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 сам 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 №19. Права людей, затронутых ТБ

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.

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

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 в 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 доказательная 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 №20. 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. Благоприятные 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):

<b>Больные ТБ</b>	<b>Сферы внутренней стигмы</b>	
<p><b>Характеристики:</b></p> <p>Гендерная принадлежность</p> <p>Возраст</p> <p>Классовая принадлежность →</p> <p>Этнос/каста/раса</p> <p>Другие виды идентичности, подвергаемые унижению</p> <p>Продолжительность жизни Самоуважение</p> <p>Система убеждений и верований</p>	<p><b>Убеждения</b></p> <p>Принятие стереотипа</p> <p>Самобичевание</p>	<p><b><u>Структурная стигма</u></b></p> <p>Стигматизация в правовой и образовательной областях, в здравоохранении и сфере занятости ←</p>
	<p><b>Чувства</b></p> <p>Стыд</p> <p>Вина</p>	<p><b><u>Межличностная стигма</u></b></p> <p>Частота и тяжесть случаев подвергания стигматизации со стороны друзей, членов семьи, сотрудников, соседей и лиц, обслуживающих больного ←</p>
		<p><b><u>Социальная стигма</u></b></p> <p>Побочные явления, связанные с лечением - психические и физические осложнения</p> <p>Другие распространённые формы стигматизации</p> <p>Доступность и качество медицинского ухода как реакция на наличие потребности</p> <p>Доступ к актуальной информации ↙</p>
	<p><b>Состояние здоровья</b> →</p> <p>Тип ТБ (лекарственно-чувствительный; лекарственно-устойчивый)</p> <p>Понимание сути ТБ и связанных с ТБ проблем</p> <p>Сопутствующие патологии (напр., депрессия, наркологические зависимости и т.д.)</p>	<p><b>Сферы личной стигмы</b></p> <p>Самоизоляция</p> <p>Зачем пытаться?</p>
<p style="text-align: center;">↑</p> <p><b>Защитные механизмы</b></p> <p>Жизнестойкость</p> <p>Ощущение свободы воли (самосубъектность)</p> <p>Сила оказывающих поддержку социальных сетей</p> <p>Социальная защита (законы, система соцобеспечения) для смягчения последствий стигматизации</p>		

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**

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

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

## **Приложение №21. 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 методы, выбранные 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 №22. 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 консультируя постоянно, при любой возможности – на работе, дома, с друзьями и т.д. Без постоянной практики стать консультантом невозможно.

## Приложение №23. 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 №24. 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 родители. «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 челек (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 челока для изменения.
- Совместимость с другими подходами к терапии. МИ может проводиться как в терапевтических программах, так и в профилактических программах, предполагающих непродолжительное общение с чловком (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 челока – 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 человек 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 №25. 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"> <li>• Лица, принимающие решения на всех уровнях: национальном, региональном или местном</li> <li>• Высокопоставленные политики</li> <li>• Влиятельные личности.</li> <li>• Доноры (спонсоры)</li> </ul>	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"> <li>• Отдельные (целевые) группы населения</li> <li>• Население в целом</li> <li>• Медицинские работники</li> </ul>	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"> <li>• Общество</li> <li>• Общественные организации</li> <li>• Религиозные лидеры</li> <li>• Социальные сети</li> </ul>	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 №26. Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ**

Идеальное поведение	Причины, по которым идеального поведения не удастся 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 №27. Идеальное поведение в борьбе с ТБ

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

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

## Приложение №28. Мероприятия по адвокации

### ***Какой существует барьер?***

Люди с ТБ не принимают участия в разработке и обсуждении политики, связанной с диагностикой, лечением и предупреждением распространения ТБ

### ***Какие требуются изменения, в т.ч. какие нормативные документы***

Привлечение людей с ТБ к разработке и обсуждению политических решений, связанных с контролем за ТБ

### ***Кто обладает властью для осуществления изменения?***

МЗ

### ***Кто адвокат (сторонник изменения)?***

Люди, затронутые ТБ

### ***Какие мероприятия могут оказать влияние на людей у власти?***

Участие представителей пациентов с ТБ в заседаниях МЗ по ключевым вопросам, связанным с ТБ (заседание координационного комитета по контролю за ТБ)

## Приложение №29. Как сделать крутую презентацию?

### Как с помощью Power Point презентации:

1. Быть услышанным
2. Сделать так, чтобы ваши идеи запали в душу всерьез и надолго
3. Изменить отношение и поведение слушателей

### Что мне это даст?

1. Позволит быть услышанным?
2. Повысит эффективность моей работы?
3. Повысит самооценку, уверенность в себе?
4. Найти единомышленников?
5. Само PR?
6. Что еще?

В любой презентации должны быть:

1. Объяснение того, что эта презентация даст слушателю (зачем мне это?)
2. Призыв к действию (что мне теперь делать?)

### Цель или ожидаемый результат

Сформулируйте цель примерно так:

После просмотра моей презентации человек должен ...

### Примеры

После просмотра моей презентации человек должен:

1. Побегать сдавать мокроту (или тест на ВИЧ)
2. Срочно выполнить такое-то упражнение
3. Позвонить маме...

### Начало – привлечение внимания

Начать лучше с неоднозначного, провокационного заявления:

- Оказывается не все йогурты одинаково полезны...
- Псилоцибин в 4 раза эффективнее ингибиторов обратного захвата серотонина?!

### Начало – привлечение внимания

- Сахар объявлен наркотическим веществом?!...
- И все-таки, микобактерия это гриб или бактерия?
- Как палочка Коха превратилась в бациллу и при чем здесь макрофаг?
- Почему зять Брежнева заболел туберкулезом? и почему излечился?

### Подводка

Большинство из нас уверены, что...:

- Никогда не встречались лицом к лицу с микобактериями туберкулеза...
- Туберкулез болезнь нищих и убогих...
- Морской воздух, конина, кумыс и сурочий жир излечивают туберкулез...

## **Объяснение**

С обязательными ссылками на авторитетные источники / исследования:  
Ученые в результате многолетних исследований, пришли к выводу –  
**препараты первого ряда наиболее эффективны и наименее токсичны**

## **Призыв к действию**

Попробуйте провести эксперимент:

Засечь время и не более чем за полчаса набросать цель, задачи и скелет презентации с объяснением, что она даст слушателю и призывом к действию.

**Это просто эксперимент**

**Проведите его сегодня**

## **Оформление**

- Чем меньше презентация, тем лучше (но не в ущерб смыслу и важным деталям).
- Чем больше размер шрифта, тем лучше (меньше 28 никто читать не будет).
- Светлый фон и темный текст или темный фон светлый текст. Никаких зеленых на красном или коричневых на синем.

**У вас все получится!**