

**Передовая практика по управлению заболеваниями у  
пациентов с ХНИЗ на уровне ПМСП.**

# **Самоменеджмент пациентов и его роль в ПУЗ**

# САМОМЕНЕДЖМЕНТ

Обучение пациентов самоменеджменту основан на принципах и практике мотивационного консультирования с особым вниманием на философию мотивационного консультирования:

- Сострадание
- Принятие
- Партнерство
- Побуждение

# САМОМЕНЕДЖМЕНТ

“Способность отдельного человека управлять симптомами, лечением, физическими и психологическими последствиями и изменением образа жизни, присущими при наличии хронического заболевания.”

Barlow et al, client Educ Couns 2002;48:177

# САМОМЕНЕДЖМЕНТ

**Эффективный самоменеджмент** включает в себе способность контролировать свое заболевание и влиять на когнитивное, поведенческое и эмоциональное реагирование, необходимое для поддержания удовлетворительного качества жизни.

Это представляет собой динамичный, непрерывный процесс саморегуляции.

Самоменеджмент включает в себя возможность отслеживать свое заболевание и вносить изменения в свою жизнь.

Это непрерывный процесс обучения и управления.

Джанелл Барлоу

# САМОМЕНЕДЖМЕНТ

	<b>Острое заболевание</b>	<b>Хроническое заболевание</b>
<b>Начало</b>	<b>Быстрое</b>	<b>Постепенное</b>
<b>Причина</b>	<b>Одна</b>	<b>Множество</b>
<b>Длительность</b>	<b>Короткая</b>	<b>Неопределенная</b>
<b>Диагноз</b>	<b>Как правило точный</b>	<b>Точный не сразу</b>
<b>Лечение</b>	<b>Излечивается</b>	<b>Излечивается редко</b>
<b>Роль врача</b>	<b>Выбрать и проводить терапию</b>	<b>Учитель/Наставник и партнер</b>
<b>Роль пациента</b>	<b>Исполнять назначения</b>	<b>Партнер - лицо осуществляющее ежедневное управление заболеванием</b>

# ЗАДАЧИ

## САМОМЕНЕДЖМЕНТА

- Осуществлять уход при заболевании
- Управлять эмоциональными переменами
- Продолжать вести обычную деятельность

# ОБУЧЕНИЕ

## САМОМЕНЕДЖМЕНТУ

Под обучением самоменеджменту понимается не только обучение контролю болезни, но и включать обучение следующим навыкам:

1. Решение проблем
2. Принятие решений
3. Поиск и использование ресурсов
4. Формирование партнерских отношений с работниками здравоохранения
5. Действия

# САМОМЕНЕДЖМЕНТЕ

- Мониторинг симптомов
- Прием лекарств
- Приспособление режима и распорядка в соответствии с симптомами
- Подбор питания
- Вовлечение в физическую активность
- Снижение нездорового поведения
- Обращение к услугам специалистов



# САМОМЕНЕДЖМЕНТА

- Пациент-ориентированная медицинская помощь - акцент на центральной роли пациента.
- Использование эффективных стратегий по поддержке самоменеджмента, включающих оценку, постановку целей, планирование действий, решение проблем и последующее наблюдение.
- Организация ресурсов для оказания поддержки

# САМОМЕНЕДЖМЕНТ

**Поддержка самоменеджмента** — помощь, которую лица, осуществляющие уход за пациентом, оказывают самому пациенту, а также кругу его поддержки (определяет сам пациент)., что позволяет пациенту управлять своим заболеванием на ежедневной основе и развивать уверенность в поддержании здорового поведения на протяжении всей жизни.

# пациента

- Регулярно оценивать уровень контроля над заболеванием, следование указаниям и статус самоменеджмента.
- Немедленно корректировать лечение или сообщать о возникших потребностях лечащему врачу.
- Обеспечивать поддержкой самоменеджмента.
- Обеспечивать более интенсивное последующее наблюдение.
- Осуществлять сопровождение в процессе оказания медицинской помощи.

# Важный элемент качественной медицинской помощи при хроническом заболевании



# «информированного, активного пациента»?

**Информированный,  
Активный  
Пациент**

У них имеется мотивация, информация, навыки и уверенность, необходимая для эффективного принятия решений о своем здоровье и управления им

# «подготовленную» практикующую команду?

**Подготовленная  
практикующая  
команда**

Во время взаимодействия у них  
имеется информация о пациенте,  
поддержка принятия решения, и ресурсы,  
необходимые для оказания  
высококачественной медицинской помощи

# Как можно распознать продуктивное взаимодействие?

- Оценка навыков по самоменеджменту и уверенности, а также клинического состояния.
- Адаптация клинического управления при помощи пошагового протокола.
- Установка совместных целей и решение проблем, результатом которого является план совместного оказания медицинской помощи
- Активное, постоянное последующее наблюдение.

# Поддержка самоменеджмента

## МОЖЕТ:

- Повысить уверенность в себе (что связано с поведенческими изменениями и лучшими исходами)
- Улучшение знаний и улучшение поведения по самоменеджменту (решение проблем является ключевой стратегией)
- Улучшить качество жизни
- Улучшить клинические исходы
- Снизить/изменить использование других услуг

deSliva, 200 “Helping People Help Themselves,” UK.



# Подгруппы по медицинской помощи

	<b>Хороший уровень клинического контроля</b>	Плохой уровень клинического контроля
Высокий уровень уверенности в себе		
Низкий уровень уверенности в себе		

# Поддержите их по-разному

	Хороший уровень клинического контроля	Плохой уровень клинического контроля
Высокий уровень самоуверенности	Обычная мед.помощь	Клиническая помощь, планирование действий
Низкий уровень самоуверенности	Планирование действий	Партнерство+собеседование

**Насколько вы уверены в том, что сможете контролировать любые симптомы или проблемы со здоровьем, чтобы избежать помех с вашими планами?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Совсем не  
уверен

Полностью  
уверен

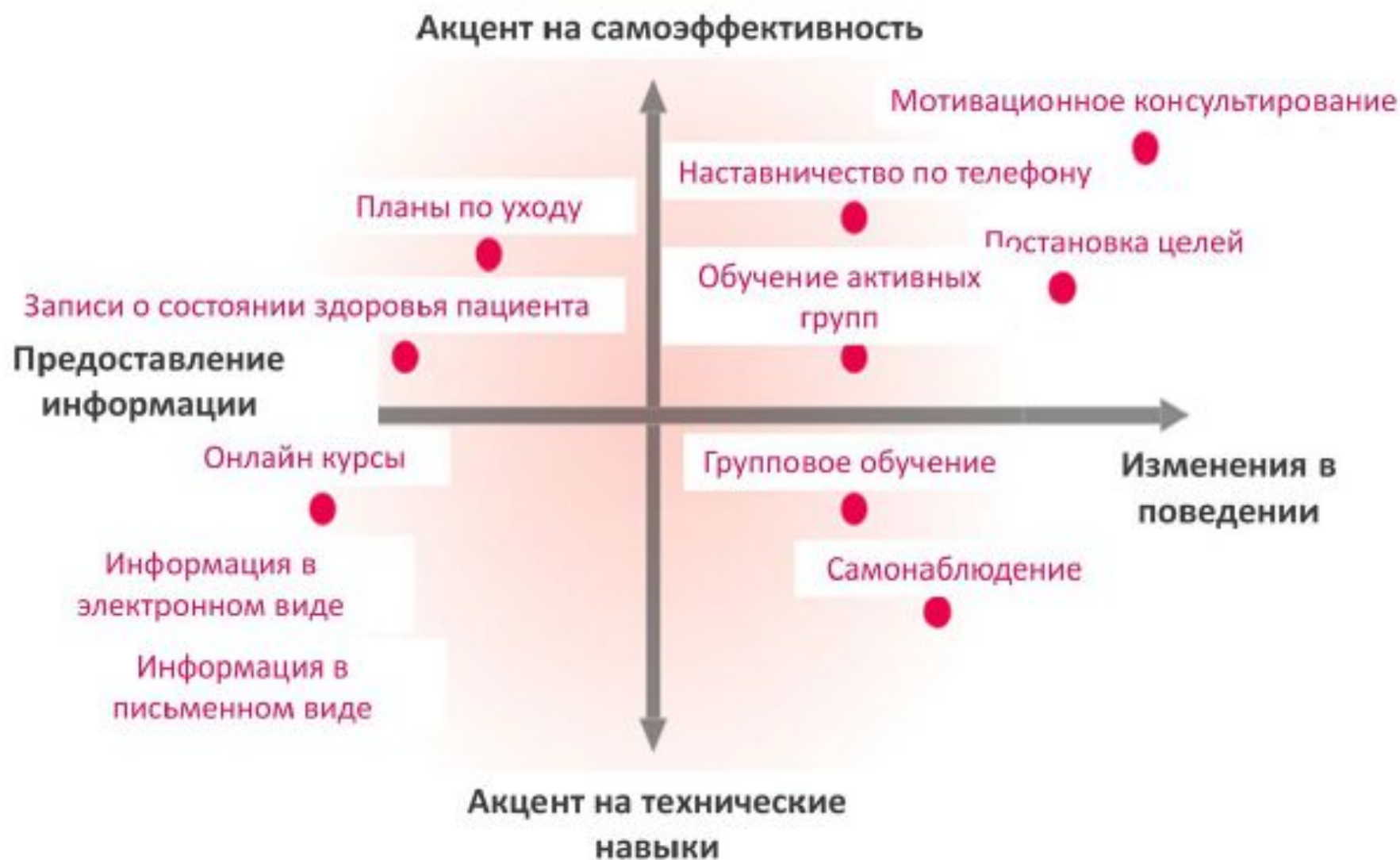
Lorig et al Outcome Measures for Health Education and other  
Health Care Interventions, SAGE Publications, 1996

## ДЕЙСТВЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА

---

1. Вовлечение людей в принятие решений
2. Упор на решение проблемы
3. Разработка планов по уходу в виде партнерских отношений между пациентом и специалистом
4. Постановка целей и приверженность к ним
5. Продвижение здорового образа жизни, обучение людей в отношении их заболевания и способам по осуществлению самоменеджмента.

Рисунок 1: Стратегии по продолжению оказания поддержки самоменеджмента



# Условия эффективности самоменеджмента

- **Образование** пациента (Школа здоровья)
- **Наличие дневника самонаблюдения**
- **Наличие плана действий** пациента
- **Эффективная базисная терапия**
- **Наличие средств контроля** у пациента (глюкометр, тонометр, весы)
- **Возможность непрерывной связи пациента с медперсоналом**
- **Контроль со стороны медперсонала** (участковый врач/медсестра)

# Условия эффективности школы

- **Наличие методического пособия** по обучению больных для врачей/медсестер (по каждому заболеванию)
- **Обученный** навыкам преподавания врач/медсестра
- **Оплата** проведения занятий преподавателю
- **Непрерывность обучения** одной группы пациентов в школе (с первого по последнее занятие состав пациентов не меняется)
- **Наличие книги-инструкции для пациента** (по каждой нозологии)

# Дневник самоконтроля, АД

дата	Параметры	время				заключение
		8.00	12.00	16.00	20.00	
	АД					
	ЧСС					
	Жалобы					
	Прием лекарств					
	Пища / Вес тела					
	АД					
	ЧСС					
	Жалобы					
	Прием лекарств					
	Пища / Вес тела					



# План действий при хронической сердечной недостаточности

ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

## **ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: Все в норме**

Ваша сердечная недостаточность под хорошим контролем, если:

- ♥ Нет одышки
- ♥ Нет отеков
- ♥ Нет увеличения веса
- ♥ Нет грудной боли
- ♥ Нет снижения вашей способности поддерживать вам уровень активности

### Зеленая зона означает:

- ♥ Ваши симптомы под контролем
- ♥ Продолжайте принимать лекарства по рецепту
- ♥ Продолжайте суточный привес
- ♥ Продолжайте следовать диете с ограничением соли 2-3 грамм
- ♥ Продолжайте все приемы врача

## **ЖЕЛТАЯ ЗОНА: Осторожно**

Контроль над вашей сердечной недостаточностью снижается, если:

- ♥ Увеличение веса на 900 гр и более за ночь
- ♥ Увеличение кашля
- ♥ Увеличение отечности ног и/или живота
- ♥ Увеличение одышки при активности
- ♥ Снижение способности дышать, когда ровно лежите
- ♥ Увеличение количества подушек, необходимых для поднятия головы, когда лежите
- ♥ Снижение вашей способности сохранять уровень активности

### Желтая зона означает:

- ♥ Ваши симптомы могут указывать на то, что вам необходимо отрегулировать лекарства
- ♥ Примите диуретические лекарства в соответствии с предписанием:

- ♥ Если ваши симптомы или вес не нормализуются с дополнительными диуретиками ПОЗОВИТЕ одного из специалистов:

Врач: \_\_\_\_\_

Медсестра: \_\_\_\_\_

Общественная медсестра: \_\_\_\_\_

## **КРАСНАЯ ЗОНА: Экстренные вызов**

- ♥ Стойкая одышка и/или одышка в состоянии покоя
- ♥ Стойкая боль в груди
- ♥ Свистящее дыхание или сдавленность в груди в состоянии покоя
- ♥ Необходимо сидеть на стуле для того, чтобы спать
- ♥ Увеличение веса более 900 гр за ночь или более 2200 гр за одну неделю
- ♥ Спутанность сознания

### Красная зона означает:

- ♥ Вам срочно нужно пройти осмотр врача
- ♥ Идите в ближайшее отделение скорой помощи ИЛИ
- ♥ Позвоните 103
- ♥ Позвоните вашему врачу немедленно, если вы входите в красную зону

# ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ФР по СД

## Краткий план действий пациентов с сахарным диабетом

Дата: \_\_\_\_\_

Моя цель по улучшению здоровья и поддержанию хорошего самочувствия:

---

### 1. Составить план действий:

Есть ли что-то что бы вы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия в течение следующих одной или двух недель?

Если нет ничего, что вы бы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия прямо сейчас, вы, возможно, пожелаете рассмотреть это в будущем. Если да, то заполните следующие детали. Некоторые из них можно не рассматривать. Постарайтесь быть как можно конкретнее.

Мой план действий	Мои ответы	Комментарии
Что бы Вы хотели сделать?		
Где?		
Когда и как часто? (В какой части дня вы будете это делать? Если более одного раза – как часто это будет происходить?):		
Как долго и в каких объемах? (минуты, порции, и.т.д.)		
Когда вы начнете?		

# ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ФР по СД

## 2) Проведите обзор своего план:

2а) Насколько вы уверены в своих способностях по выполнению плана?

Совсем \_\_\_\_\_ Очень  
не уверен    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    уверен

**\*Примечание:** Если вы выберете 6 или ниже, ответьте на вопрос 2б. Если вы выберет 7 или последуйте к вопросу 3.

2б) Как бы вы могли изменить свой план, чтобы увеличить ваш уровень уверенности до 7 и выше.

---

## 3) Проведите самопроверку

- Я буду проверять себе сам
- Я буду проверять себя с чьей-либо помощью (член семьи или член команды здравоохранения)

Кто этот человек? \_\_\_\_\_

Как и когда вы хотели бы себя проверять (т.е. в течение недели или дня, по телефону или при личном присутствии) \_\_\_\_\_

## Индивидуальный план действий по Диабету

для: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Цели по контролю заболевания

Мой целевой уровень артериального давления: \_\_\_/\_\_\_

Мой целевой уровень гликированного гемоглобина \_\_\_\_\_

Мой целевой уровень сахара в крови натощак: < \_\_\_\_\_

Мой целевой уровень холестерина ЛПНП: < \_\_\_\_\_

Мой желаемый целевой вес: \_\_\_\_\_ (кг) до: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ г.

### Изменение образа жизни

Мой план физических нагрузок:

Вид физических нагрузок: \_\_\_\_\_

Частота выполнения: \_\_\_\_\_

Объем выполнения: \_\_\_\_\_

Мой рекомендованный объем потребления алкоголя: \_\_\_\_\_

Мой план по отказу от курения (при необходимости): \_\_\_\_\_

Мой рекомендованный режим питания включает:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ПЛАН ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ:

Я должен посещать врача для последующего наблюдения каждые: \_\_\_\_\_

Я должен посещать поликлинику для сдачи анализов крови

каждые: \_\_\_\_\_

Я должен проверять уровень сахара в крови каждые: \_\_\_\_\_

Я должен измерять свой вес каждые \_\_\_\_\_

# ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ФР по АГ

## Краткий план действий с гипертензией

Дата: \_\_\_\_\_

Моя цель по улучшению здоровья:

---

### 1) Сделать план действий:

Есть что-либо, что вы хотели бы сделать для улучшения вашего состояния в ближайшие неделю - две? Если вы ничего не хотите делать для вашего здоровья и самочувствия сейчас, то возможно вы захотите подумать над этим в будущем. Если да, заполните следующие детали. Некоторые из них можно не заполнять. Постарайтесь быть предельно точны.

Мой план действий	Мои ответы	Комментарии
Что бы Вы хотели сделать?		
Где?		
Когда и как часто? (В какое время суток вы будете это делать? Если это произойдет более одного раза, то как часто будет происходить)		
Как долго или как много? (минуты, порции, и.т.д.)		
Когда вы начнете?		

# ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ФР по АГ

## 2) Просмотрите свой план:

2а) Насколько вы уверены в том, что сможете выполнить свой план?

Совсем \_\_\_\_\_ Полностью  
не уверен    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    уверен

**\*Примечание:** Если вы выберете 6 или ниже, перейдите к вопросу 2б. Если вы выберет 7 и выше, перейдите в к вопросу 3.

2б) Как бы вы могли изменить свой план, чтобы увеличить ваш уровень уверенности до 7 и выше

## 3) Проверьте, как у вас идут дела?

Я сам проверю

Я попрошу кого-нибудь помочь (члена семьи или медицинского работника)

Кто этот человек? \_\_\_\_\_

Как и когда вы хотели бы проверяться (например, в определенный день или неделю, по телефону или лично) \_\_\_\_\_

## Индивидуальный план действий по гипертензии

для: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_

### Цели по управлению заболеванием

Мой целевой уровень АД: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Мой целевой вес: \_\_\_\_\_ достигнуть до: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Изменение образа жизни

Мой план по рекомендованным нагрузкам:

Вид деятельности: \_\_\_\_\_

Частота выполнения: \_\_\_\_\_

Объем упражнений: \_\_\_\_\_

Мой рекомендованный объем употребления алкоголя (при необходимости):

\_\_\_\_\_

Мой план по отказу от курения (при необходимости):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мой рекомендованный рацион включает:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ПЛАН ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ:

Рекомендованный график наблюдения: приемы каждые: \_\_\_\_\_

Мой план по наблюдению артериального давления: \_\_\_\_\_ каждые \_\_\_\_\_

Мой план по мониторингу веса: \_\_\_\_\_