

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

PREVENTION OF NON-INFECTIOUS DISEASES

© КУКШИНА А.А., КАМЫНИНА Н.Н., 2025



Кукшина А.А., Камынина Н.Н.

Принципы обучения самоконтролю и самопомощи для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями за рубежом (обзор литературы)

ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье представлен обзор отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых реализации программ обучения самонаблюдению и самоконтролю для лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). Проанализировано не менее 1500 отечественных и зарубежных печатных работ на заданную тему, находящихся в доступных базах данных Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, CyberLeninka, РИНЦ и на сайте ВОЗ. Представлены данные о возможности применения различных вариантов обучения пациентов, в частности таких как «школы пациентов» с ХНИЗ, их эффективности в плане повышения комплаенса и фармакоэкономической эффективности проводимого лечения. Обозначены трудности, испытываемые пациентами при изучении специальной информации, касающейся заболевания, и предопределяющие поиск новых решений в данной области. Обоснована актуальность включения в работу с пациентами метода «обучения с обратной связью», который используется в различных областях здравоохранения и позволяет не только предоставить пациенту максимально подробную информацию, но и получить от него обратную связь, свидетельствующую об уровне её понимания (основывается на уточняющих вопросах специалиста и ответах пациента, отражающих достаточное понимание им сути предоставляемой информации). Приведены примеры работ, продемонстрировавших актуальность внедрения обучения с обратной связью при его включении в программы медицинского образования взрослых больных с ХНИЗ. Показано, что обоснованное включение систематизированных образовательных программ с обратной связью в схему наблюдения за данной категорией пациентов позволяет оптимизировать процесс лечения, снизить трудозатраты медицинского персонала, существенно сократить время пребывания пациентов в амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждениях, снизить риск повторных госпитализаций.

Ключевые слова: пациенты с хроническими неинфекционными заболеваниями; самоконтроль; самопомощь; обучение с обратной связью; обзор

Для цитирования: Кукшина А.А., Камынина Н.Н. Принципы обучения самоконтролю и самопомощи для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями за рубежом (обзор литературы). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2025; 69(5): 462–468. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-5-462-468> <https://elibrary.ru/yrfuhw>

Для корреспонденции: Кукшина Анастасия Алексеевна, e-mail: kukshina@list.ru

Участие авторов: Кукшина А.А. — концепция и дизайн исследования, анализ литературы, написание текста, составление списка литературы, редактирование; Камынина Н.Н. — концепция и дизайн исследования, написание текста, редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Данная статья подготовлена авторским коллективом в рамках НИР «Инновационные подходы в развитии системы общественного здравоохранения города Москвы» (№ по ЕГИСУ: № 123032100060-2).

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила: 28.03.2025 / Принята к печати: 24.06.2025 / Опубликовано: 31.10.2025

Anastasia A. Kukshina, Natalya N. Kamynina

Principles of self-control and self-help education for patients with chronic non-communicable diseases (literature review)

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation

ABSTRACT

The article provides an overview of domestic and foreign reports on the possibility of implementing self-monitoring and self-control training programs for people suffering from chronic non-communicable diseases (CNCD). There were analyzed at least 1,500 domestic and foreign reports on a given topic, which are available in the databases Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, CyberLeninka, RSCI and on the WHO website. Data are presented on the possibility of using various patient education options, in particular, such as “patient schools” with CNCD, their effectiveness in terms of improving compliance and the pharmacoeconomic effectiveness of treatment. The difficulties experienced by patients in studying special information related to the disease and determining the search for new solutions in this area are outlined. The relevance of including the teach-back method in working with patients, which is used in various fields of healthcare and

allow not only to providing the patient with the most detailed information, but also receiving feedback from him indicating the level of her understanding (based on clarifying questions from the specialist and the patient's answers, reflecting a sufficient understanding of the essence of the information provided). There are given examples of works demonstrated the relevance of introducing feedback learning when it is included in medical education programs for adult CNCD patients. The reasonable inclusion of systematic educational programs with feedback in the monitoring scheme for this category of patients was shown to make it possible to optimize the treatment process, reduce the labor costs of medical personnel, significantly reduce the time spent by patients in outpatient and inpatient treatment facilities, and reduce the risk of repeated hospitalization.

Keywords: *patients with chronic non-communicable diseases; self-control; self-help; learning with feedback; review*

For citation: Kukshina A.A., Kamynina N.N. Principles of self-control and self-help education for patients with chronic non-communicable diseases (literature review). *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii / Health Care of the Russian Federation, Russian journal*. 2025; 69(5): 462–468. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-5-462-468> <https://elibrary.ru/yrfuhw> (in Russian)

For correspondence: *Anastasia A. Kukshina*, e-mail: kukshina@list.ru

Contribution of the authors: *Kukshina A.A.* — research concept and design, literature analysis, text writing, bibliography, editing; *Kamynina N.N.* — research concept and design, text writing, editing. *All authors* are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Funding. This article was prepared by the author's team within the framework of the research «Innovative approaches in the development of the public health system of the city of Moscow» (no. according to EGISU: № 123032100060-2).

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: March 28, 2025 / Accepted: June 24, 2025 / Published: October 31, 2025

Неинфекционные заболевания среди населения различных стран, независимо от возраста, пола или социально-экономических обстоятельств, распространены достаточно широко, что создаёт как немедленные, так и долгосрочные проблемы для систем здравоохранения [1]. В последнее десятилетие список социально значимых неинфекционных заболеваний, длительно протекающих, прогрессирующих и ведущих к стойкой инвалидизации, существенно расширился и на данный момент включает в себя 44 нозологии, среди которых болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, лёгких, нервной, костно-мышечной и эндокринной систем, онкологические заболевания [2]. Более 70% всех смертей в мире происходит именно по причине наличия того или иного хронического неинфекционного заболевания (ХНИЗ)*. Безусловно, тяжёлое течение ХНИЗ, приводящее к смерти больных, наиболее характерно для пожилого контингента, а также для лиц, ведущих нездоровый образ жизни; лиц, проживающих в экологически неблагоприятных районах и больших городах [3]. С точки зрения мировой экономики, по данным анализа бремени болезней и травм было показано, что глобальные потери лет жизни с поправкой на инвалидность (DALY) из-за ХНИЗ составили 1,73 млрд (95% UI 1,54–1,94) в 2021 г. [4].

Учитывая единые факторы риска формирования ХНИЗ, можно объяснить высокий показатель мультиморбидности среди пациентов, а также увеличение числа заболевших пропорционально возрасту [5]. В целом, принято выделять 8 основных «жизненных приоритетов» (Life's Essential 8), оказывающих непосредственное влияние на формирование хронических патологических процессов, к которым относят: недостаток сна, стиль питания, курение, повышенный уровень липидов и сахара в крови, низкую физическую активность, повышенный индекс массы тела и высокое артериальное давление [6]. Все вышеуказанное формирует стиль жизни, на который оказать влияние может, по сути, только сам человек. Никакое врачебное вмешательство не может полностью трансформировать привычки, запускающие развитие болезни.

На сегодняшний день интегральным общемировым трендом является максимальное вовлечение самого боль-

ного и его окружения в профилактические мероприятия, снижающие влияние обобщённых факторов. «Самопомощь» или «самоконтроль» — вот два основных термина, применяемых, когда речь идёт о непосредственном участии пациента в поддержании собственного здоровья. Уже в 2002 г. J. Barlow и соавт. предложили определить «самоконтроль» как действия, предпринимаемые человеком для управления симптомами, лечением, эмоциями и изменениями образа жизни в контексте имеющегося у него хронического заболевания [7]. Необходимо отметить, что люди, столкнувшиеся с полиморбидностью, испытывают значительно больше трудностей, связанных с многочисленными задачами по уходу за собой, такими как мониторинг симптомов, управление приёмом лекарственных препаратов и взаимодействие с несколькими специалистами в области здравоохранения [8]. Для данной категории лиц самоконтроль — это развивающийся процесс, требующий постоянного динамического переосмысления для понимания их состояния, и связанных с ним изменчивых симптомов с целью формирования корректирующих паттернов [9].

В процессе работы было проанализировано не менее 1500 отечественных и зарубежных печатных работ, находящихся в доступных базах данных Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, CyberLeninka, РИНЦ и на сайте ВОЗ. Для поиска использовались ключевые слова: «пациенты с хроническими неинфекционными заболеваниями», «самоконтроль», «самопомощь», «обучение с обратной связью», «обзор» и др. на русском и английском языках.

Программы, разрабатываемые для пациентов, как правило, направлены на распознавание симптомов и самостоятельный контроль соблюдения диеты, физической активности, режима приёма лекарств, контроль веса и сокращение курения и употребления алкоголя [10]. Общей целью мероприятий по самоконтролю является повышение активности участия людей в управлении своим здоровьем путём улучшения понимания своего состояния [11]. До недавнего времени обучение пациентов и их родственников навыкам помощи и самопомощи практически сводилось к тематическому информированию с целью повышения грамотности в вопросах здоровья. Считалось, что постоянный тесный контакт специалиста, в частности, врача семейной медицины, способен создать благоприятную атмосферу взаимодействия и адаптировать

* World Health Organization. Noncommunicable diseases. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата обращения: 05.03.2025).

свои услуги к индивидуальным потребностям пациентов в каждой конкретной ситуации. Именно данный подход оказывает благотворное влияние на отношения пациента с врачом, способствует снижению стоимости ухода и, что очень важно, повышает комплаенс по отношению к лечебным и профилактическим мероприятиям [12]. Приверженность лечению характеризует следование рекомендациям медицинских работников относительно приёма лекарств и изменения образа жизни со стороны пациента с целью достижения максимальных результатов в области поддержания здоровья. По мнению специалистов ВОЗ, у людей, которые соблюдают рекомендации врачей, меньше осложнений во время лечения, ниже показатели инвалидизации, выше уровень качества и продолжительности жизни. Достаточный комплаенс может предотвратить ряд таких рисков, как побочные эффекты лекарств, их токсичность при чрезмерном применении или резистентность к получаемой терапии. Помимо всего вышеуказанного, недостаточная приверженность лечению со стороны пациентов существенным образом увеличивает расходы на систему здравоохранения в целом [13]. Известно, что несоблюдение терапевтических схем является весьма распространённой проблемой для людей с хроническими заболеваниями [14]. В ряде исследований сообщалось о высоких показателях несоблюдения правил, варьирующихся от 15 до 93%, в зависимости от типа и количества хронических заболеваний, при этом, по оценкам, средний показатель составляет порядка 50% [13].

Одним из наиболее популярных форматов донесения специальной информации до пациентов являются «Школы здоровья» или «Школы пациентов», организованные в рамках той или иной нозологической группы. Актуальность данного метода лучше всего описывается словами из предисловия к руководству по терапевтическому обучению пациентов: «Терапевтическое обучение пациентов — это вмешательство, доказавшее свою эффективность в качестве инструмента помощи людям с хроническими заболеваниями, которые в результате получают возможность лучше контролировать своё состояние, обеспечивая таким образом более высокие показатели здоровья и оптимальное использование имеющихся ресурсов и повышая качество своей жизни. Оно обладает большим потенциалом для улучшения жизни пациентов и одновременного снижения нагрузки на системы здравоохранения» [13].

Так, в ряде отечественных публикаций отражена клиническая и фармакоэкономическая эффективность создания школ для пациентов с мигренями [15]; продемонстрировано положительное влияние обучающих программ на состояние гликемического контроля [16] и баланса пищевых продуктов в рационе [17] у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2); показано снижение активности воспалительных процессов [18], уменьшение бесконтрольного использования биологически активных добавок, расширение применения фармакологических и немедикаментозных методов лечения, имеющих высокий уровень доказательности, повышение уровня комплаенса [19] у пациентов с ревматоидным артритом; отмечено повышение приверженности антикоагулянтной [20] и антигипертензивной терапии [21] у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями; формирование у пациентов приверженности долгосрочному соблюдению врачебных рекомендаций [22] и снижению количества госпитализаций и случаев вызова скорой помощи, а соответственно, уменьшению затрат системы здравоохранения у пациентов с бронхиальной астмой и другими хроническими

заболеваниями лёгких [23]; повышение эффективности профилактики и терапии желчнокаменной болезни, проявляющееся в быстром уменьшении болевого и диспепсического синдромов, в восстановлении психоэмоционального равновесия, повышении мотивации на поддержание здоровьесберегающего поведения [24].

Существенный вклад в процесс организации подобных школ в последнее время вносит развитие цифровизации здравоохранения [5]. При этом с расширением информационных возможностей в процесс создания платформ для пациентов с ХНИЗ включается всё больше участников: административные должностные лица, работающие в здравоохранении; компании, работающие с большими данными; врачи различных специальностей, работающие в амбулаториях и стационарах; средний медицинский персонал и др. [25].

Однако существует ряд особенностей, которые необходимо принимать во внимание. В частности, это трудности понимания специальной информации, предоставляемой медицинскими работниками, испытываемые рядом пациентов. Источником проблемы в данном случае могут являться, например, низкий уровень медицинской грамотности; индивидуальные особенности её восприятия конкретным человеком; нехватка времени для консультаций, неспособность предоставить информацию на достаточном для понимания пациента уровне [26]. Показано, что от 40 до 80% медицинской информации, которую получают пациенты, немедленно забывается, а практически половина сохранённой информации оказывается понятой не вполне правильно [27].

Всё вышеперечисленное предопределяет задачи для создателей информационных материалов и обучающих программ, которые будут эффективными в плане определения стратегий для людей с любым уровнем грамотности, способных помочь их пониманию и осознанию своего состояния с целью положительного влияния на уровень комплаенса и умение управлять своими симптомами.

В последние годы наиболее распространённым является метод так называемого «обучения с обратной связью» (ОС; teach-back method), который используется в различных областях здравоохранения и позволяет не только предоставить пациенту максимально подробную информацию, но и получить от него ОС, свидетельствующую об уровне её понимания [28]. В основе такого метода лежит повторение пациентами основных положений, которым они обучаются. Именно подключение такого рода ОС позволяет врачу оценить степень понимания пациентом преподносимой информации. Как правило, специалист задаёт больному ряд уточняющих вопросов и на основании ответов делает вывод о достаточном понимании им сути предоставляемой информации и о наличии или отсутствии необходимости повторного обучения [29].

В плане изучения эффективности подобного рода вмешательств исследователями разных стран неоднократно проводились сравнительные анализы соответствующих публикаций.

В частности, ещё в 2016 г. был проведён обзор работ, продемонстрировавший доказательства положительного влияния на приверженность лечению методов обучения с ОС при их включении в программы медицинского образования взрослых больных с ХНИЗ. Было показано, что после проведения обучения достоверно повышается уровень осведомлённости участников о конкретных заболеваниях; степень приверженности медикаментозной терапии, физическим упражнениям

и диете (среди пациентов с СД2) в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Два исследования обнаружили статистически значимое улучшение самоэффективности ($p = 0,0026$ и $p < 0,001$) в группах вмешательства. Пять исследований обнаружили снижение показателей повторных госпитализаций, но статистическая значимость результатов оставалась на уровне тенденции. Были получены ограниченные доказательства улучшения качества жизни или сохранения знаний, связанных с заболеванием [30].

За последние 5 лет рандомизированные контролируемые исследования, метаанализы или систематические обзоры, посвящённые проблеме обучения с ОС, публикуются достаточно часто и касаются широкого спектра проблем.

Так, было предпринято исследование, включившее в себя 74 пациента с СД2, у которых в контрольной и интервенционной группах изучалась самоэффективность. Пациенты в группе вмешательства получали программу обучения из 5 занятий по методу *teach-back*, а контрольная группа получала только рутинные программы. Через месяц после завершения тренингов испытуемые заполнили анкеты, которые продемонстрировали, что, в отличие от контрольной группы, среднее значение самоэффективности было достоверно ($p < 0,001$) выше в группе вмешательства через 1 мес после тренировки по методу ОС [31].

С помощью данного метода также проводились исследования влияния обучения самоконтролю у 50 пациенток с раком молочной железы. Анализ результатов показал достоверное ($p = 0,01$) улучшение самоконтроля в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой, что свидетельствовало о высокой эффективности образовательных программ по самоконтролю, основанных на методе ОС [32].

Одним из реальных инструментов оценки эффективности проводимой терапии и профилактических мероприятий по отношению к рецидиву заболевания является анализ повторных госпитализаций. Повторная госпитализация представляет угрозу для системы здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода и ограниченными ресурсами. С. Charais и соавт. сообщают о разработке и внедрении 30-дневной структурированной программы лечения пациентов с сердечной недостаточностью, включающей обучение самопомощи с использованием метода ОС, междисциплинарное консультирование, последующую дистанционную (телефонную) курацию в течение 48–72 ч после выписки и последующий визит в течение первых 7–10 дней. В результате реализации данной программы управления заболеванием наблюдалось статистически значимое снижение ($p < 0,001$) частоты повторных госпитализаций — общая частота повторной госпитализации в 30-дневный срок снизилась на 38%. Пациенты и ухаживающие за ними лица сообщали о повышении удовлетворённости лечением, внимания к своему состоянию и заинтересованности в дальнейшем взаимодействии с медиками [33].

S.F. Mashhadī и соавт. также утверждают, что так называемое мобильное здравоохранение, т. е. медицинская помощь, поддерживаемая мобильными устройствами (телефоны, планшеты, персональные компьютеры, смарт-часы и т. д.), и ОС от пациентов в процессе общения являются наиболее надёжными вмешательствами, обуславливающими сокращение числа предотвратимых повторных госпитализаций. В результате анализа 17 статей, опубликованных в 2002–2019 гг., установлено значительное сни-

жение числа повторных госпитализаций именно в группе пациентов, предоставляющих ОС своим кураторам [34].

Аналогичные результаты были получены в более глобальном исследовании, посвящённом определению влияния подобного обучения при выписке на вероятность повторной госпитализации в 30-дневный срок. E.G. Oh и соавт. провели поиск в экспертных базах данных по запросам: «выписанный пациент», «обучение с обратной связью» и «повторная госпитализация в 30-дневный срок». Основные результаты касались сердечной недостаточности, эндопротезирования и аортокоронарного шунтирования, а содержанием обучения было подтверждение и закрепление понимания пациентами информации, связанной с их заболеванием. Авторы показали, что применение при выписке обучения пациентов с использованием ОС привело к сокращению вероятности повторной госпитализации в 30-дневный срок на 45% [35].

Здесь же, на наш взгляд, стоит упомянуть рандомизированное клиническое исследование, в которое вошли 120 пациентов с сердечной недостаточностью I–III классов в возрасте до 60 лет, разделённые на две группы вмешательства, получавшие мультимедийное образование и обучение с использованием мультимедиа в сочетании с методом ОС, и контрольную группу. Качество жизни и тревога относительно своего состояния оценивались у участников трех групп до и после вмешательства (через 1 и 3 мес). По результатам исследования было показано, что сразу после обучения, через 1 и 3 мес после образовательного вмешательства наблюдалась достоверная разница между средними баллами качества жизни и тревоги относительно состояния сердца как между основными и контрольной группами, так и внутри групп вмешательства ($p < 0,05$) [36].

Похожие результаты были получены и при изучении влияния различных методов обучения — с ОС и смешанных методов — на вклад в самопомощь и воспринимаемое бремя ухода среди лиц, осуществляющих уход за пациентами с кардиологической патологией. Семьдесят семей, ухаживающих за пациентами с сердечной недостаточностью, были случайным образом разделены на 2 группы: одна занималась обучением с ОС, а другая — методом смешанного обучения. Через 1 и 3 мес после выписки из стационара проводили сбор данных, включавших ответы на вопросы, касающиеся вклада лиц, осуществляющих уход, в самопомощь при сердечной недостаточности, и бремени лиц, осуществляющих уход в отношении лиц с сердечной недостаточностью. Оба метода обучения были эффективны, однако метод обучения с ОС продемонстрировал лучшие результаты для двух концепций, рассматриваемых в исследовании [37].

F. Xia и соавт. описали влияние стратегии обучения с ОС на уровень знаний, самоэффективность и самоконтроль у 92 пациентов, находящихся на гемодиализе, которые были случайным образом разделены на 2 группы, обучавшиеся в течение 6 мес: контрольная группа проходила обычное обучение в школе пациентов, а группа наблюдения — с использованием ОС. Было показано, что при отсутствии различий в группах до обучения после вмешательства уровень знаний о гемодиализе и показатели самоэффективности и самоконтроля в группе наблюдения были достоверно ($p < 0,05$) выше первоначального и превосходили уровень информированности в контрольной группе [38].

Ещё одним доказательством эффективности обучения с ОС стала работа по поиску наилучшего метода обучения для содействия самопомощи в демографически одно-

родной группе из 78 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, которое проводилось с помощью приложений для смартфонов. Результаты исследования показали, что, по сравнению с другими методами, обучение с ОС с помощью приложения даёт возможность улучшить средние баллы самообслуживания по основным направлениям: управление стрессом и эмоциями, управление симптомами заболевания, управление медицинской помощью и поддержание ремиссии [39].

Анализ систематических обзоров также показал высокую эффективность метода при создании информационных программ для пациентов с хроническими заболеваниями почек. На основании проведённого поиска по базам данных MEDLINE, CINHAL, EMBASE, Кокрейновской библиотеке, PsychINFO, Web of Science, ERIC, в библиотеке JBI и Международном реестре клинических испытаний ВОЗ с сентября 2013 г. по декабрь 2022 г. были отобраны 6 исследований с участием 520 человек. Продемонстрировано, что обучение с ОС улучшает как объективные показатели осведомлённости и самоэффективности, так и результаты, о которых сообщают сами пациенты. Использование данного вида обучения, вероятно, может улучшать как понимание предоставляемой информации о заболевании и связанном с ним состоянием пациента, так и развитие навыков и укрепление уверенности пациентов в самостоятельном контроле заболевания [40].

В одном из самых современных (2024 г.) систематических обзоров по результатам масштабного поиска по нескольким онлайн-базам данных, включая PubMed, Web of Science, EMBASE, Scopus, Кокрейновскую библиотеку, CINHAL и ProQuest, за 2000–2023 гг., практически во всех изученных источниках для взрослых (старше 18 лет) с сердечной недостаточностью показано значительное влияние на способность самопомощи и качество жизни проводимого обучения и консультирования с использованием ОС [41].

Анализируя полученную информацию, можно утверждать, что метод обучения с применением ОС был одобрен как достаточно эффективный и пациентами, и медицинским персоналом. В частности, опрос специалистов здраво-

охранения показал, что данный метод является важным для поддержания содержательного общения [42] и полезным для установления взаимопонимания с пациентами [43]. Показано, что при работе с пациентами с недостаточным уровнем медицинской грамотности медики чаще обращаются к использованию ОС во время обучающих мероприятий, что позволяет им чувствовать себя более уверенно [42, 44]. При этом врачи отмечали, что данный метод позволяет быстро выявлять недопонимание и пробелы в понимании пациентов и, соответственно, даёт возможность немедленно повторить и прояснить конкретные информационные моменты.

Что касается самих пациентов, то в большинстве исследований, оценивающих их восприятие метода обучения с ОС во время консультации, была показана их полная удовлетворённость [28, 35, 45, 46]. Пациенты, как правило, считали обучение с помощью метода ОС эффективным образовательным методом [28], особенно полезным, когда речь шла о фармакотерапии [46].

Отдельно следует отметить применимость данного метода обучения и при использовании различного рода мобильных инструментов и приложений, которые широко распространяются в последние годы в качестве динамической, непрерывной и экономически эффективной образовательной стратегии в большинстве систем здравоохранения [34, 39].

Заключение

Полученная из источников литературы информация свидетельствует о том, что любое обучение повышает уровень знаний пациентов и результаты коррекции поведения в отношении своего здоровья, а соответственно, ведёт к улучшению результатов лечения. В то же время исследователи подтверждают необходимость повышения качества обучения пациентов за счёт внедрения новых универсальных практик, в частности обучения с ОС как эффективного инструмента общения, причём это касается как пациентов с низкой медицинской грамотностью, образованием и социально-экономическим положением, так и лиц с достаточным уровнем знаний.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 1–11, 14, 25–46 см. References)

12. Кумар А.Б., Кошербаева Л., Куракбаев К.К., Мейманалиев Т.С., Абуов Д.Ж. Обучение пациентов, как способ повышения качества первичной медицинской помощи. *Медицинский журнал Западного Казахстана*. 2014; (3): 73–5. <https://elibrary.ru/uiqekv>
13. ВОЗ. Терапевтическое обучение пациентов: вводное руководство. Копенгаген; 2023. Доступно: <https://who.int/europe/ru/publications/item/9789289060219>
15. Данилов А.Б., Шевченко Е.В. Влияние информационно-образовательной подготовки пациента на клинические, финансово-экономические факторы и удовлетворенность лечением. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014; (2): 29–33. <https://elibrary.ru/siuphl>
16. Волкова А.Р., Лискер А.В., Семикова Г.В., Мозгунова В.С. Инсулинотерапия у пациентов с сахарным диабетом 2 типа: акцент на терапевтическое обучение. *Эндокринология: новости, мнения, обучение*. 2021; 3(10): 16–21. <https://doi.org/10.33029/2304-9529-2021-10-3-16-21> <https://elibrary.ru/fcehxt>
17. Исакова Д.Н., Дороднева Е.Ф., Белокрылова Л.В., Курмангулов А.А., Петров И.М. Роль факторов питания в формировании кардиоваскулярного риска у больных сахарным диабетом 2 типа. *Вопросы питания*. 2021; 90(5): 104–14. <https://doi.org/10.33029/0042-8833-2021-90-5-104-114> <https://elibrary.ru/fstoeH>
18. Ногаева М.Г., Винников Д.В., Бримкулов Н.Н. Влияние обучения навыкам самоконтроля на эффективность лечения больных ревматоидным артритом. *Научно-практическая ревматология*. 2018; 56(5): 581–5. <https://elibrary.ru/yobtrb>
19. Орлова Е.В., Денисов Л.Н., Арсеньев А.О., Каратеев Д.Е. Оценка приверженности больных ревматоидным артритом фармакологическим и немедикаментозным методам лечения и ее динамика под влиянием образовательной программы. *Научно-практическая ревматология*. 2012; 50(3): 68–74. <https://elibrary.ru/plwmyz>
20. Рожнев В.В., Горбунова Е.В., Ляпина И.Н., Барбараш О.Л. Современные подходы к обучению пациентов после протезирования клапанов сердца. *Российский кардиологический журнал*. 2023; 28(S7): 47. <https://elibrary.ru/uozyvfe>
21. Боровкова Н.Ю., Боровков Н.Н., Маслова Т.И., Боровкова Е.И., Хорькина Ю.А. Влияние обучения пациентов на приверженность лечению ренопаренхиматозной артериальной гипертензии. *Архивъ внутренней медицины*. 2013; (6): 65–9. <https://elibrary.ru/rvlixj>
22. Собченко С.А., Евтюшкина С.Н., Харитонов М.А., Казанцев В.А., Бутко Д.Ю., Черкашин Д.В. и др. Стратегия формирования приверженности к долгосрочному контролю бронхиальной астмы. *Клиническая медицина*. 2020; 98(11–12): 772–80. <https://doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-772-780> <https://elibrary.ru/gifrlb>
23. Ишмурзин Г.П. Влияние обучения пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой на частоту обострений, требующих неотложной госпитализации. *Вестник современной клинической медицины*. 2015; 8(Прил. 1): 46–56.
24. Хохлачева Н.А., Михайлова О.Д., Быстрова А.В. Обучение пациентов с I стадией желчнокаменной болезни в школе здоровья. *Архивъ внутренней медицины*. 2019; 9(3): 201–5. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2019-9-3-201-205> <https://elibrary.ru/naorye>

REFERENCES

1. Murray C.J.L. The global burden of disease study at 30 years. *Nat. Med.* 2022; 28(10): 2019–26. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01990-1>
2. Yu Y., Sun Y., Wang Y., Chen C., Tan X., et al. Life's Essential 8 and risk of non-communicable chronic diseases: outcome-wide analyses. *Chin. Med. J. (Engl.)*. 2024; 137(13): 1553–62. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000002830>
3. Stein S. Genetics loads the gun; lifestyle pulls the trigger. *J. Nutr. Health Food Eng.* 2015; 3: 316–7.
4. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet.* 2024; 403(10440): 2133–61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)
5. Doyle J., Murphy E., Gavin S., Pascale A., Deparis S., Tommasi P., et al. A digital platform to support self-management of multiple chronic conditions (ProACT): findings in relation to engagement during a one-year proof-of-concept trial. *J. Med. Internet Res.* 2021; 23(12): e22672. <https://doi.org/10.2196/22672>
6. Lloyd-Jones D.M., Allen N.B., Anderson C.A.M., Black T., Brewer L.C., Foraker R.E., et al. Life's Essential 8: updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation.* 2022; 146(5): e18–e43. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>
7. Barlow J., Wright C., Sheasby J., Turner A., Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ. Couns.* 2002; 48(2): 177–87. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
8. Liddy C., Blazkho V., Mill K. Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature. *Can. Fam. Physician.* 2014; 60(12): 1123–33.
9. Morton K., Dennison L., May C., Murray E., Little P., McManus R.J., et al. Using digital interventions for self-management of chronic physical health conditions: A meta-ethnography review of published studies. *Patient Educ. Couns.* 2017; 100(4): 616–35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.019>
10. Johnston S., Liddy C., Mill K., Irving H. Building the evidence base for chronic disease self-management support interventions across Canada. *Can. J. Public Health.* 2012; 103(6): e462–7. <https://doi.org/10.1007/BF03405639>
11. Lorig K.R., Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2003; 26(1): 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
12. Kumar A.B., Kosherbayeva L., Kurakbayev K.K., Meymanaliyev T.S., Abuov D.Z.H. Training of patients as a method of quality improvement of primary medical care. *Meditsinskii zhurnal Zapadnogo Kazakhstana.* 2014; (3): 73–5. <https://elibrary.ru/uiqekv> (in Russian)
13. WHO. Therapeutic patient education: introductory guidance. Copenhagen; 2023. Available at: <https://who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289060219> (in Russian)
14. Kardas P. Prevalence of non-adherence to medication among patients treated for selected chronic conditions. *Pol. Merkur. Lekarski.* 2011; 31(184): 215–20.
15. Danilov A.B., Shevchenko E.V. Impact of patient information-educational preparation on clinical, financial, and economic factors and treatment satisfaction. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika.* 2014; (2): 29–33. <https://elibrary.ru/siuphl> (in Russian)
16. Volkova A.R., Lisker G.V., Semikova G.V., Mozgunova V.S. Insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus: a focus on therapeutic education. *Endokrinologiya: novosti, mneniya, obuchenie.* 2021; 3(10): 16–21. <https://doi.org/10.33029/2304-9529-2021-10-3-16-21> <https://elibrary.ru/fcexrt> (in Russian)
17. Isakova D.N., Dorodnina E.F., Belokrylova L.V., Kurmangulov A.A., Petrov I.M. The role of nutritional factors in the formation of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus. *Voprosy pitaniya.* 2021; 90(5): 104–14. <https://doi.org/10.33029/0042-8833-2021-90-5-104-114> <https://elibrary.ru/fstoeh> (in Russian)
18. Nogaeva M.G., Vinnikov D.V., Brimkulov N.N. Impact of self-control skill teaching on the efficiency of treatment in patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya.* 2018; 56(5): 581–5. <https://elibrary.ru/yobtrb> (in Russian)
19. Orlova E.V., Denisov L.N., Arsenyev A.O., Karateev D.E. Assessment of adherence to drug and non-drug treatments and its changes under the influence of an education program in patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya.* 2012; 50(3): 68–74. <https://elibrary.ru/plwymz> (in Russian)
20. Rozhnev V.V., Gorbunova E.V., Lyapina I.N., Barbarash O.L. Modern approaches to patient education after heart valve replacement. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal.* 2023; 28(S7): 47. <https://elibrary.ru/uozvfe> (in Russian)
21. Borovkova N.Yu., Borovkov N.N., Maslova T.I., Borovkova E.I., Khorkina Yu.A. The influence of patient education on treatment adherence in renovascular arterial hypertension. *Arkhiv vnutrennei meditsiny.* 2013; (6): 65–9. <https://elibrary.ru/rvlixj> (in Russian)
22. Sobchenko S.A., Evtushkina S.N., Kharitonov M.A., Kazantsev V.A., Butko D.Yu., Cherkashin D.V., et al. Strategy of adherence to long-term bronchial asthma control formation. *Klinicheskaya meditsina.* 2020; 98(11–12): 772–80. <https://doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-772-780> <https://elibrary.ru/gifrlb> (in Russian)
23. Ishmurzin G.P. The effect of training of COPD patients and bronchial asthma on the frequency of exacerbations requiring emergency hospitalization. *Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny.* 2015; 8(Suppl. 1): 46–56. (in Russian)
24. Khokhlacheva N.A., Mikhaylova O.D., Bystrova A.V. Education of patients with stage I cholelithiasis at the health school. *Arkhiv vnutrennei meditsiny.* 2019; 9(3): 201–5. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2019-9-3-201-205> <https://elibrary.ru/naorye> (in Russian)
25. Sui M., Cheng M., Zhang S., Wang Y., Yan Q., Yang Q., et al. The digitized chronic disease management model: scalable strategies for implementing standardized healthcare and big data analytics in Shanghai. *Front. Big Data.* 2023; 6: 1241296. <https://doi.org/10.3389/fdata.2023.1241296>
26. Brunton S.A. Improving medication adherence in chronic disease management. *J. Fam. Pract.* 2011; 60(4 Suppl.): S1–8.
27. Kessels R.P. Patients' memory for medical information. *J. R. Soc. Med.* 2003; 96(5): 219–22. <https://doi.org/10.1177/014107680309600504>
28. Yen P.H., Leasure A.R. Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes. *Fed. Pract.* 2019; 36(6): 284–9.
29. Jager A.J., Wynia M.K. Who gets a teach-back? Patient-reported incidence of experiencing a teach-back. *J. Health Commun.* 2012; 17(Suppl. 3): 294–302. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712624>
30. Ha Dinh T.T., Bonner A., Clark R., Ramsbotham J., Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database System Rev. Implement. Rep.* 2016; 14(1): 210–47. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
31. Farahaninia M., Hoseinabadi T.S., Raznahan R., Haghani S. The teach-back effect on self-efficacy in patients with type 2 diabetes. *Rev. Diabet Stud.* 2020; 16(1): 46–50. <https://doi.org/10.1900/RDS.2020.16.46>
32. Ahmadiarrehshima S., Bidmeshki E.A., Rahnama M., Babaei K., Afshari M., Khandani B.K. The effect of self-management education by the teach-back method on uncertainty of patients with breast cancer: a quasi-experimental study. *J. Cancer Educ.* 2020; 35(2): 366–72. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-1474-5>
33. Charas C., Bowers M., Do O.O., Smallheer B. Implementation of a disease management program in adult patients with heart failure. *Prof. Case Manag.* 2020; 25(6): 312–23. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000413>
34. Mashhadi S.F., Hisam A., Sikander S., Rathore M.A., Rifaq F., Khan S.A., et al. Post discharge mHealth and teach-back communication effectiveness on hospital readmissions: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18(19): 10442. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910442>
35. Oh E.G., Lee H.J., Yang Y.L., Kim Y.M. Effectiveness of discharge education with the teach-back method on 30-day readmission: a systematic review. *J. Patient Saf.* 2021; 17(4): 305–10. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000596>
36. Mohammadi F., Jahromi M.S., Bijani M., Karimi S., Dehghan A. Investigating the effect of multimedia education in combination with teach-back method on quality of life and cardiac anxiety in patients with heart failure: a randomized clinical trial. *BMC Cardiovasc. Disord.* 2021; 21(1): 535. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02357-z>

37. Najafi E., Rafiei H., Rashvand F., Pazoki A. The effects of teach-back and blended training on self-care and care burden among caregivers of patients with heart failure caregivers. *Home Healthc. Now.* 2024; 42(6): 354–63. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000001305>
38. Xia F., Wang G. Influence of teach-back strategy on hemodialysis related knowledge level, self-efficacy and self-management in patients receiving maintenance hemodialysis. *Sci. Rep.* 2024; 14(1): 4010. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54044-6>
39. Manzari Z.S., Vossoughinia H., Nedaei B., Rafiei H., Mafi M.H. Self-efficacy in patients with inflammatory bowel disease: the effect of self-care education by two randomized methods-teach-back and a smartphone application. *Health Educ. Res.* 2024; 39(6): 535–43. <https://doi.org/10.1093/her/cyae033>
40. Jagodage M.H.H., McGuire A., Seib C., Bonner A. Effectiveness of teach-back for chronic kidney disease patient education: a systematic review. *J. Ren. Care.* 2024; 50(2): 92–103. <https://doi.org/10.1111/jorc.12462>
41. Zare-Kaseb A., Emami Zeydi A., Bakhtiari-Dovvombaygi H., Nazari A.M. Effects of education based on teach-back methods on self-care and quality of life of the patients with heart failure: a systematic review. *BMC Cardiovasc. Disord.* 2024; 24(1): 591. <https://doi.org/10.1186/s12872-024-04264-5>
42. Holman C.K., Weed L.D., Kelley S.P. Improving provider use of the teach-back method. *J. Nurses Prof. Dev.* 2019; 35(1): 52–3. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000521>
43. Goeman D., Conway S., Norman R., Morley J., Weerasuriya R., Osborne R.H., et al. Optimising health literacy and access of service provision to community dwelling older people with diabetes receiving home nursing support. *J. Diabetes Res.* 2016; 2016: 2483263. <https://doi.org/10.1155/2016/2483263>
44. Hong Y.R., Cardel M., Suk R., Vaughn I.A., Deshmukh A.A., Fisher C.L., et al. Teach-back experience and hospitalization risk among patients with ambulatory care sensitive conditions: a matched cohort study. *J. Gen. Intern. Med.* 2019; 34: 2176–84. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05135>
45. Cabilan C.J., Boyde M., Currey E. The effectiveness of pharmacist-led discharge medication counselling in the emergency department (EXPLAIN): a pilot quasi-experimental study. *Patient Educ. Couns.* 2019; 102: 1157–63. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.020>
46. Mollazadeh F., Hemmati Maslakpak M. The effect of teach-back training on self management in kidney transplant recipients: a clinical trial. *Int. J. Community Based Nurs. Midwifery.* 2018; 6(2): 146–55.

Информация об авторах

Кукшина Анастасия Алексеевна, доктор мед. наук, уч. секретарь, ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, 115088, Москва, Россия. E-mail: kukshina@list.ru

Камынина Наталья Николаевна, доктор мед. наук, зам. директора по научной работе, ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, 115088, Москва, Россия. E-mail: KamyninaNN@zdrav.mos.ru

Information about the authors

Anastasia A. Kukshina, DSc (Medicine), scientific secretary, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687> E-mail: kukshina@list.ru

Natalya N. Kamynina, DSc (Medicine), Deputy Director for Research, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-0925-5822> E-mail: KamyninaNN@zdrav.mos.ru