

УДК 614.253.8:616-092.11]:37.041

DOI <https://doi.org/10.37915/pa.vi55.528>

Шмалей С. В.*,

orcid.org/0000-0002-4673-6617

Редька І. В.*,

orcid.org/0000-0002-9620-9452

Карлійчук М. А.*,

orcid.org/0000-0002-6225-4204

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМ ІЗ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ ПАЦІЄНТІВ

У статті проаналізовано важливість терапевтичної освіти пацієнтів як одного з обов'язкових компонентів терапевтичного ведення пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями з метою покращення якості їх життя та зменшення тягаря від захворювання. Знання про зв'язки між поведінкою та здоров'ям є важливим чинником усвідомленого вибору щодо здоров'я, який є бажаним результатом терапевтичної освіти пацієнтів.

Метою статті було систематизувати теоретичні основи розроблення програм терапевтичної освіти пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями.

Комплексні програми терапевтичної освіти мають включати три виміри – емоційний, когнітивний та поведінковий. Емоційний вимір програми терапевтичної освіти доцільно будувати на основі моделі залучення пацієнта до збереження здоров'я. Когнітивний вимір спирається на принципи теорії запланованої поведінки, моделі віри в здоров'я, теорії самовизначення, теорії розширення повноважень та інші. Поведінковий вимір ґрунтується на основних положеннях соціально-когнітивної теорії, теорії самоефективності, трансформативної моделі зміни поведінки, теорії самовизначення та теорії розширення повноважень.

Під час реалізації програм терапевтичної освіти пацієнтів доцільно дотримуватися загальних принципів андрагогіки та теорії розширення повноважень. Теоретично обґрунтований підхід для вибору освітніх інтервенцій включає 4 етапи: вивчення потреб у зміні поведінки, визначення перешкод і чинників, вибір методів зміни поведінки та визначення кінцевих показників зміни поведінки.

У виборі методів, прийомів і технік терапевтичної освіти стане в нагоді метод «колесо змін поведінки».

При розробленні й оформленні навчальних матеріалів важливо керуватися рекомендаціями, наданими відповідними медичними асоціаціями, а також основними принципами моделі ймовірного оброблення інформації. Рекомендації асоціацій ураховують когнітивні можливості пацієнтів для оброблення інформації.

Ключові слова: терапевтична освіта, пацієнт, освітня інтервенція, самодопомога, саморегуляція, залученість, мотивація, соціально-когнітивна теорія, моделі зміни поведінки.

Постановка проблеми. Збільшення тривалості життя населення разом із негативними змінами способу життя, неправильним харчуванням, гіподинамією та стресом сприяли зростанню захворюваності на неінфекційні хронічні захворювання, які становлять серйозну проблему для охорони здоров'я. Згідно з даними ВООЗ навчання пацієнтів переважно спрямоване на управління хронічними захворюваннями та станами, які вимагають самостійного догляду. Нині основна увага в лікуванні хронічних захворювань зосереджена на управлінні чинниками ризику на всіх рівнях профілактичної медицини – від первинного до третинного. Цей розвиток відкриває нові можливості

*© Шмалей С. В.

*© Редька І. В.

*© Карлійчук М. А.

для освіти пацієнтів, перетворюючи її з доповнення до медичної терапії на самостійне втручання [1; 2; 8].

Отже, освітні програми, спрямовані на навчання пацієнтів самостійного управління своєю хронічною неінфекційною хворобою, є важливими для зменшення тягаря хвороби та покращення якості життя пацієнтів.

Аналіз досліджень. 1985 року було проведено дослідження Delphi, яке визначило терапевтичну освіту пацієнтів як «запланований досвід навчання з використанням комбінації таких методів, як навчання, консультування та методи модифікації поведінки, які впливають на знання пацієнтів і поведінку щодо здоров'я» [12].

Дослідження вказують на значний вплив освітніх інтервенцій на рівень знань пацієнтів стосовно їхньої хвороби. Проте в ієрархії бажаних результатів навчання на одному кінці спектру перебувають знання, а на іншому – зміни в поведінці. Це означає, що самих по собі знань не достатньо для того, щоб допомогти пацієнту самостійно контролювати свій стан. Пацієнт також має оволодіти певною системою навичок та бути впевненим у своїх силах, щоб самому вести хворобу. Слід зазначити, що існує певний поріг знань, після якого інші чинники стають більш важливими для досягнення мети лікування [5]. Сукупність знань, навичок і впевненості формує систему компетентності пацієнта, яка лежить в основі розроблення заходів із терапевтичної освіти пацієнтів.

Переважає більшість клінічних практиків вивчали вплив терапевтичного навчання на *фізичні параметри пацієнтів* (наприклад, концентрація глікозильованого гемоглобіну, індекс маси тіла, цільові значення артеріального тиску, рівень холестерину тощо) та виявили позитивні ефекти. Однак пік такого ефекту спостерігався від 1 до 6 місяців після освітньої інтервенції та через 6 місяців повертався до більш ранніх рівнів [1; 2; 5].

Одним із завдань пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями є *емоційне пристосування* до своєї хвороби та її лікування. Цей процес є динамічним процесом, а чітких критеріїв адекватної психосоціальної адаптації до хронічного захворювання наразі немає, мабуть тому й поодинокі дослідження з цього питання [5]. Освітні програми, спрямовані на покращення адаптації до хронічних захворювань та підвищення впевненості в самоконтролі, мають включати конкретні стратегії, що може бути досягнуто через інтеграцію теоретичних моделей поведінки в моделі освіти.

Ключовим завданням терапевтичної освіти є підвищення рівня самообслуговування пацієнтів. Самообслуговування є багатомірною конструкцією, яка включає спосіб життя, управління повсякденним життям, медичну діяльність із самообслуговування та взаємодію пацієнта з медичним працівником щодо контролю захворювання. Клінічні дослідження вказують на позитивний, але незначний вплив освітніх програм на рівень самообслуговування пацієнтів [5].

Серед пацієнтів зміна поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, може бути ускладнена різноманітними бар'єрами, такими як фізичні обмеження, недостатні знання щодо здоров'я, культурні цінності, фінансові обмеження, неадекватна матеріально-технічна підтримка для отримання допомоги, світогляд та особисті мотиви, низька мотивація й відсутність соціальної та емоційної підтримки [3; 11].

Медична грамотність, що розуміється як здатність отримувати, обробляти та розуміти інформацію про здоров'я, тобто пов'язана зі здатністю пацієнтів інтерпретувати симптоми, керувати самообслуговуванням й ухвалювати рішення, суттєво відрізняється серед населення країн із низьким і середнім рівнем доходу. Утім низький рівень грамотності з питань здоров'я не є перешкодою для покращення знань про конкретні хвороби та розширення можливостей пацієнтів [3].

Мотивувальним чинником у вживанні дій з лікування хвороби є особиста мета. Коли мета педагога чи клініциста (або будь-якої іншої особи, яка намагається допомогти в лікуванні хвороби) відрізняється від мети окремого пацієнта, можливість успішного досягнення мети зменшується. Докази показують, що клінічні та особисті цілі не завжди сумісні. Клініцист має певну клінічну мету (скажімо, краща пікова швидкість видиху

у пацієнта з астмою), а пацієнт – особисту мету (скажімо, провести час зі знайомим, чий кіт викликає симптоми астми). Коли клініцист або педагог зосереджується на досягненні особистої мети пацієнта, вищими є шанси, що терапевтичний режим буде відповідати інтересам пацієнта й буде реалізований. Установлення ефективної комунікації між пацієнтом та клініцистом є вкрай необхідним для взаємного обміну досвідом й інформацією, за допомогою якого обидві сторони використовують свої відповідні знання й навички для контролю захворювання [3; 6].

Зміни поведінки найкраще впроваджувати відразу після діагностики захворювання, коли пацієнт, ймовірно, природним чином засвоїть рекомендовану зміну. Цей період відомий як «момент навчання». Однак поточні дані, що стосуються програм лікування пацієнтів, свідчать, що «бустерні» втручання необхідні для підтримки ефекту програм терапевтичної освіти упродовж одного-двох років. Утім для стійкої та тривалої зміни поведінки потрібні довгострокові програми втручання, особливо коли вони націлені на зміну способу життя [3].

Терапевтичне навчання може здійснюватися в різних умовах (наприклад, лікарня/дім/громадські місця), різними формами (індивідуально чи в групі), різними способами доставки (очно, дистанційно), різними надавачами освітніх послуг (клініцистами, медичними сестрами, педагогами, психологами ерготерапевтами, фізіотерапевтами, психологами, навченими фасилітаторами серед пацієнтів із хронічними захворюваннями (навчання рівний-рівному)) та бути націленим на різні моделі поведінки.

Наявні результати клінічних досліджень не дозволяють диференціювати кінцеві ефекти різних освітніх підходів. Проте є дані, які свідчать про те, що дидактичні та психосоціальні стратегії дають менший ефект, ніж втручання з використанням вдосконалених методів навчання з використанням методів соціального навчання (групові підходи) і вправ зі зміни поведінки або комбінації поведінкової, когнітивної та афективної терапії [3].

Отже, терапевтична освіта пацієнтів має безліч позитивних ефектів для пацієнтів, однак зміст, тривалість і способи такого навчання потребують подальшого обґрунтування.

Мета статті полягає в систематизації теоретичних засад розроблення програм із терапевтичної освіти пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями.

Виклад основного матеріалу. Терапевтичне навчання – це складна освітня інтервенція, спрямована на зміну стану здоров'я пацієнта та його поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Теоретичне обґрунтування програми терапевтичної освіти визначає, яким чином освітнє втручання призведе до зміни поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, і покращення клінічно важливих результатів пацієнта, та за яких умов. Це необхідно для визначення ключових компонентів освітнього втручання та того, як вони будуть взаємодіяти для досягнення цілі освітньої програми; які механізми втручання та які контекстуальні чинники можуть на них вплинути [9; 13].

Хронічні неінфекційні захворювання насамперед зустрічаються серед дорослого населення, тому основоположними будуть принципи *андрогогіки*: 1) відповідальність за власне навчання; 2) досвід дорослих – джерело індивідуалізації навчання; 3) отримання користі від знань за рахунок зв'язку з життєвим контекстом і ролями; 4) усвідомлення того, що навчання змінить життя на краще (потреба в негайному застосуванні); 5) підвищення компетентності не за рахунок нових навичок, а їх реалізації в повсякденному житті. Наприклад, використання цілей пацієнта для сприяння налагодженню навчання з урахуванням його безпосередніх потреб (принцип 4) або пов'язування змісту навчання з ролями в сім'ї, роботі та дозвіллі або оточуючим середовищем (принцип 3) на підставі інформації, зібраної під час інтерв'ювання пацієнта. Більш продумане структурування навчання пацієнта може знадобитися, щоб дати пацієнту відчуття контролю над своїм навчанням. Крім того постачальник освітніх

послуг має спиратися на попередній досвід навчання пацієнта (принцип 2), визначаючи найбільш доцільні форми роботи (групові чи індивідуальні), представлення дидактичних матеріалів (друкований, аудіо- чи відео- формати) та методів навчання (словесні, наочні, практичні), співвідношення теорії та практики тощо.

Знання про зв'язки між поведінкою та здоров'ям є важливим чинником усвідомленого вибору щодо здоров'я. Так, *соціально-когнітивна теорія* визначає, що поведінка людини формується через взаємодію між особистісними (когнітивними), поведінковими та середовищними чинниками. Основні поняття цієї теорії включають у себе уявлення про самоефективність, спостереження та моделювання поведінки, а також саморегуляцію. Саморегуляція означає, що люди навчаються змінювати свою поведінку, спостерігаючи за поведінкою інших людей, власним минулим досвідом і приймаючи заохочення інших. Процес саморегуляції включає три елементи – самомоніторинг, самооцінку та самореакцію. Люди здійснюють самоконтроль, систематично спостерігаючи та записуючи свою власну щоденну поведінку, оточення та особисті стосунки, а потім виносячи судження, порівнюючи свою власну поведінку з іншими або ідеальною поведінкою (самооцінка). Після спостережень і суджень люди можуть визначити власні поведінкові проблеми або проблеми з навколишнім середовищем, а потім реагувати належним чином для досягнення особистих цілей через зміну поведінки, коригування середовища та підвищення самоефективності (самореакція). Процес саморегуляції є безперервним і реципрокним. Інформація, поведінка, розуміння, почуття, висновки, отримані з будь-якого елемента саморегуляції (тобто спостереження, судження, реагування), постійно впливають на інші елементи. Особу спонукає до саморегулювання бажана мета або кінцева точка. Чим чіткіша мета, тим більшу саморегуляцію буде виявляти особа. Сила мети пов'язана з тим, наскільки значущою вона є для людини. Досягнення кінцевої мети підвищує самоефективність дій людини [5; 12].

Соціально-когнітивна теорія стверджує, що людина здатна навчитися, спостерігаючи за поведінкою інших людей та наслідками такої поведінки. Таке опосередковане навчання може бути досягнуто через використання рольових моделей (аудіо- та відеозаписи, навчання рівний-рівному) у терапевтичній освіті. Крім того використання рольових моделей може продемонструвати пацієнту успіх у досягненні бажаного результату іншими пацієнтами з подібним захворюванням, підвищуючи його самоефективність.

Теорія самоефективності (Self-efficacy theory) А. Бандури стверджує, що поведінка є функцією як стимулів (тобто підкріплення), так і очікувань. Можна виділити *три типи очікувань*, а саме: 1) очікування ситуації-результату, які стосуються переконань щодо зв'язку подій; очікування результатів, які стосуються переконань щодо наслідків виконання певних дій; 2) очікування самоефективності, які стосуються переконань щодо своєї здатності виконувати певні дії. Таким чином, для того, щоб дотримуватися здорової поведінки, індивіди мають цінувати своє здоров'я (тобто мати стимул), вірити, що їхній поточний спосіб життя становить загрозу для їхнього здоров'я (тобто очікувана ситуація-результат), вірити, що прийняття нової поведінки зменшить загрозу їх здоров'ю (тобто очікуваний результат) і що вони здатні виконувати таку поведінку (тобто очікувана самоефективність). Серед цих переконань очікувана самоефективність вважається найважливішою. Уважається, що люди з сильним почуттям власної ефективності розвивають сильніші наміри діяти, докладати більше зусиль для досягнення своїх цілей і довше витримувати бар'єри та перешкоди [5; 12].

Зазначене визначає першочерговий зміст інформаційних повідомлень/матеріалів під час освітніх інтервенцій, який має бути спрямований на роз'яснення зв'язку між чинниками ризику, прийомом ліків, моніторингом психофізіологічних показників, оздоровчих заходів (фізична активність, дієта тощо) та наслідками для здоров'я (посилення/послаблення симптомів, прогресування захворювання тощо).

Згідно з теорією самоефективності як засіб заохочення до зміни поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, можна використовувати педагогічні прийоми з посилення почуття власної ефективності з використанням чотирьох джерел самоефективності. По-перше, індивіди можуть розвинути почуття самоефективності завдяки особистому досвіду майстерності (наприклад, можна розділити поведінку на декілька етапів, щоб досягти найпростіших проміжних SMART-цілей, перш ніж спробувати виконати більш складні завдання; заохочення та надання вербального позитивного підкріплення під час виконання завдань або обговорення плану дій; надання об'єктивної інформації щодо рівня засвоєння знань/навичок у стимулювальний спосіб). По-друге, люди можуть розвинути почуття власної ефективності, спостерігаючи, як інші досягають успіху у виконанні завдання (тобто побічний досвід). По-третє, можна використовувати стандартні методи переконання, щоб спробувати прищепити почуття власної ефективності. Нарешті, фізіологічний чи емоційний стан людини може бути використаний як джерело інформації: наприклад, фізичний дискомфорт, біль або високий рівень збудження чи тривоги може вказувати людині на те, що їй потрібна допомога або навчання у виконанні певної дії (наприклад, техніки релаксації можуть бути використані для зменшення тривоги, зміна техніки виконання фізичної вправи може полегшити біль для підтримки почуття самоефективності тощо).

Із метою виправдання очікувань пацієнта під час навчального процесу потрібно створити можливості для досягнення позитивних результатів від здійснення бажаних результатів (наприклад, використання ігрових прийомів на основі зворотного біологічного зв'язку; правильне виконання вправи, яке може полегшити біль у колінному суглобі при ревматоїдному артриті тощо). Не менш важливу роль відіграватиме й використання інфографіки за результатами наукових досліджень, ілюструючи позитивні наслідки для здоров'я пацієнта в разі виконання бажаної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, та їх подальше обговорення у дружнелюбній манері з метою розвіяти сумніви пацієнта та виявити можливі перешкоди на шляху реалізації бажаної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. У разі виявлення перешкод, пов'язаних із фізичним середовищем, слід розробити рекомендації щодо його оптимізації (наприклад, відсутність цигарок у домі, якщо потрібно кинути палити).

Модель віри в здоров'я (Health belief model) – це теорія ціннісних очікувань: поведінка залежить від суб'єктивної цінності результату та очікування того, що дія призведе до цього результату. У контексті поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, цінним результатом зазвичай є покращення здоров'я або уникнення погіршення здоров'я; очікування – це переконання індивіда в тому, що дія для здоров'я може збільшити ймовірність результату. Те, чи вирішить особа прийняти поведінку, пов'язану зі здоров'ям, додатково залежить від її уявлень про (1) сенситивність до загрози для здоров'я, (2) серйозність загрози для здоров'я, (3) ймовірність зменшення загрози для здоров'я шляхом зміни поведінки (очікувані переваги) та (4) витрати, пов'язані із зміною поведінки (очікувані бар'єри). Для того щоб людина прийняла конкретну поведінку, сприйняття загрози захворювання та переваг поведінки для здоров'я має переважати над очікуваними бар'єрами, як-от уявлення про те, що це може бути небезпечним (наприклад, побічні ефекти), неприємним (наприклад, болісним), трудомістким або незручним [5].

Більш пізні адаптації моделі віри в здоров'я додали поняття «підказка до дії», стимул до поведінки й самоефективність або впевненість у своїй здатності виконати дію. Передбачається, що весь цей процес запускається підказками до дії – тригерами, що спонукають людину до дії, і зазвичай поділяються на внутрішні (наприклад, фізичні симптоми) та зовнішні (наприклад, кампанії у віртуальних медичних спільнотах, поради від інших). Припускається, що інші впливи на поведінку, пов'язану зі здоров'ям, такі як демографічні фактори чи психологічні характеристики (наприклад, тиск з боку

однolitків, відчуття контролю над поведінкою), впливають на зміни в компонентах моделі віри в здоров'я [5].

У контексті терапевтичної освіти модель віри в здоров'я припускає, що заохочення здорової поведінки найкраще досягається через підвищення сприйнятливості людей до негативних наслідків для здоров'я та усвідомлення ними тяжкості таких наслідків. Крім того ця модель може запропонувати потребу зосередитися на перевагах поведінки для здоров'я та тому факті, що перешкоди для дій легко подолати. Тобто висвітлення проблем зі здоров'ям під час терапевтичного навчання найімовірніше буде впливовим, коли вони наголошуються чітко та конкретно, поміщаються в контекст загального ризику захворювань, і коли рекомендації щодо зміни поведінки можуть призвести до відчутного зниження ризику в майбутньому.

Теорія запланованої поведінки (Theory of Planned Behavior, TPB) описує, як вплив на людину визначає її рішення дотримуватися певної поведінки. Згідно з теорією детермінантами поведінки є: 1) *наміри діяти* – свідомий план або рішення індивіда докласти зусиль, щоби брати участь у певній поведінці; 2) *очікуваний контроль над поведінкою* – очікування людиною того, що виконання поведінки перебуває під її контролем. Наміри визначаються трьома змінними: 1) установки, які становлять собою загальну оцінку поведінки людиною та представляють передбачувані ймовірні наслідки поведінки (наприклад, виконання фізичних вправ зменшить ризик серцевих захворювань); 2) суб'єктивні норми, які складаються з переконань людини щодо того, чи думають інші, що вона має брати участь у такій поведінці (наприклад, сім'я вважає доцільним виконання фізичних вправ); 3) очікуваний контроль над поведінкою – ступінь, за яким індивід сприймає, що поведінка перебуває під його особистим контролем і базується на переконаннях щодо легкості чи труднощів, пов'язаних із реалізацією певної поведінки (наприклад, доступ до необхідних ресурсів і можливостей для успішної поведінки) на основі попереднього досвіду [5; 12].

На підставі цієї теорії можна передбачити, що одним з ефективних педагогічних прийомів може бути переконливе повідомлення про потребу вчинення певної дії, пов'язаної зі здоров'ям; протидія нормативним переконанням (наприклад, протидія тиску з боку однolitків-курців у програмах профілактики паління серед підлітків) та підвищення обізнаності щодо соціальних норм щодо певної поведінки; контроль над переконаннями пацієнта під час терапевтичного навчання. Інший педагогічний підхід може бути зосереджений на намірах пацієнта: складання конкретного плану щодо того, де і як діяти для пацієнтів, які дійсно мають намір брати участь у поведінці, пов'язаній зі здоров'ям (цільові наміри), але мають проблеми з реалізацією своїх намірів.

Транстеоретична модель зміни поведінки (Transtheoretical model of change) передбачає, що існують якісно різні стадії в ініціації та підтримці поведінки пов'язаної зі здоров'ям: 1) стадія споглядання, під час якої індивід не відчуває потреби в змінах і не має наміру змінювати свою поведінку; 2) стадія роздумів, на якій індивід визнає обмеження своєї поточної поведінки та починає досліджувати альтернативи; 3) стадія підготовки, під час якої індивід формулює намір ужити заходів і може робити невеликі кроки до цієї дії; 4) стадія дії, під час якої індивід вживає певних кроків із реалізації плану на шляху до більш здорової поведінки; 5) стадія підтримки, у якій індивід наполегливо дотримується своєї нової поведінки упродовж 6 місяців і працює над запобіганням рецидиву; 6) стадія припинення, коли нова поведінка глибоко вкоренилася в поведінці індивіда, а старі звички більше не викликають спокус [5; 7].

Ця модель припускає, що існує кілька причин, чому люди не змінюють свою поведінку, і що ці причини можуть відрізнятися залежно від стадії зміни поведінки. Наприклад, ті, хто перебуває на стадії попереднього споглядання, не можуть змінити свою поведінку, тому що часто не сприймають свою поточну поведінку як проблематичну, і, як наслідок, не мають причин або бажання змінитися. І навпаки, люди на стадії підготовки можуть захотіти змінити свою поведінку, але мають

недостатньо знань про те, що і як змінити. Отже, поведінкові втручання для сприяння змінам мають бути пристосовані до поточного рівня готовності людини. Наприклад, пацієнт на стадії споглядання має отримати персоналізовану інформацію про переваги рекомендованої поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, і про ризик поточної поведінки пацієнта. Для пацієнта на стадії роздумів доречнішими будуть освітні інтервенції, спрямовані на виявлення бар'єрів на шляху до рекомендованої поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. та способів їх подолання, використання рольових моделей для наслідування, технік цілепокладання, розстановки пріоритетів й ухвалення рішень. На стадії підготовки освітні інтервенції мають сприяти розробленню короткострокового плану дій, складанню альтернативних планів. Корисними можуть бути й групові форми роботи – з одного боку, для підтримки та заохочення, а з іншого боку – як спосіб спонукання пацієнта взяти на себе публічне зобов'язання щодо виконання наміченого плану. На стадії дії доцільно запропонувати способи відстеження прогресу (використання мобільних додатків, пов'язаних зі здоров'ям, носимих пристроїв медичного призначення типу смарт-годинників, ведення щоденників самоспостереження тощо), прийоми позитивного підкріплення. На стадії підтримки важливу роль відіграватимуть групові форми роботи з можливістю обговорення та поширення власного досвіду пацієнта (групи підтримки, вебпортали пацієнтів, навчання рівний-рівному тощо).

Незважаючи на те, що транстеоретична модель підкреслює роль (когнітивного) усвідомлення пацієнтами необхідності змінити поведінку, вона не розглядає питання психологічної адаптації до змін.

Процес емоційного пристосування до хвороби й діагнозу та зміну Я-концепції (від Я – здорова людина до Я – людина з хронічною хворобою) описує **модель залучення пацієнта до збереження здоров'я** (Patient Health Engagement Model). Процес залучення пацієнта, описаний цією моделлю, включає чотири фази розвитку, а саме затемнення, збудження, адгезію та евдемонічний проект. *Фаза затемнення* пов'язана з первинною постановкою діагнозу або прогресуванням/рецидивом хвороби, що викликає у пацієнтів шок і відчуття паралізованості, глибокої печалі та гніву. Діагноз і необхідність лікувати захворювання викликають стрес через невідповідність їх життєвим звичкам. Подолати цю фазу можна через надання пацієнтам емоційної та психологічної підтримки, щоб вони змогли адаптуватися до свого нового стану здоров'я та розвинути нове відчуття волі, контролю та ефективності щодо управління своїм здоров'ям.

Початкове усвідомлення хвороби та набуття поверхневих знань щодо її контролю сприяють переходу пацієнта до *фази збудження*. У цій фазі пацієнти є надзвичайно чутливими до змін фізичного стану, а нові симптоми чи несподівана зміна стану викликає занепокоєння та тривогу. У цей період освітні інтервенції мають бути спрямовані на розширення навичок самомоніторингу стану здоров'я, розроблення та обґрунтування деталізованого плану дій при появі певних симптомів. Це сприяє підвищенню усвідомлення пацієнтом стану свого здоров'я та його впливу на життя та життєві звички. Крім того на цьому етапі пацієнти стають усе більш обізнаними про те, як ефективно контролювати свою хворобу та лікування. З цього моменту починається *фаза адгезії*, на якій пацієнти здатні контролювати хворобу у звичних обставинах, але за зміни життєвого контексту (переїзд, зміна місця роботи тощо) вони часто відчувають проблеми. Це відбувається через неповне розуміння того, що лежить в основі засвоєних планів дій у разі погіршення стану здоров'я або появи нових симптомів.

На цій фазі освітні інтервенції слід спрямовувати на роз'яснення можливих причин погіршення стану здоров'я, установлення зв'язку між діями пацієнта та появою/посиленням симптоматики. На цій фазі відбувається переключення з пасивної ролі виконавця медичних рекомендацій до активної партнерської взаємодії з надавачем медичних послуг задля покращення свого контролю над хворобою.

Остання, *евдемонічна*, фаза починається від моменту повного прийняття та усвідомлення пацієнтом своєї хвороби та її наслідків з точки зору змінених життєвих

звичок і терапевтичних потреб, вони можуть стати активними учасниками досягнення позитивної та задовільної якості життя. На цій стадії турбота про здоров'я та контроль за хворобою органічно вплітаються в повсякденне життя пацієнта. Тепер він не сліпо слідує медичним приписам, а сам ухвалює рішення про доцільність звернення до постачальника медичних послуг задля досягнення бажаного рівня благополуччя. Пацієнт обирає більш активну роль не лише у визначенні результатів свого здоров'я, але й у визначенні та плануванні медичної допомоги, необхідного обсягу послуг і шляхів їх отримання. На цій фазі пацієнти можуть виявляти бажання ділитися своїм досвідом з іншими пацієнтами через вебпортали пацієнтів і соціальні медіа або через участь як фасилітаторів у програмах терапевтичного навчання за принципом рівний-рівному або ж активної участі в громадських організаціях для досягнення цілей, пов'язаних зі здоров'ям [7].

Отже, згідно з цією моделлю залученість пацієнта до збереження здоров'я відображає здатність пацієнта до саморегуляції та самодогляду і є результатом розвитку стійкості на емоційному рівні й ефективного пристосування до стану власного здоров'я та його медичних вимог.

У педагогічному контексті модель залучення постулює, що людина може опанувати навички та знання через активну участь у навчальних процесах, а також у процесі спілкування та взаємодії з іншими. Основні ідеї теорії розширення можливостей включають: 1) людина навчається краще, коли активно залучена в навчальний процес, виконуючи завдання та взаємодіючи з матеріалом (*активна участь*); 2) спілкування та обмін інформацією з іншими людьми сприяють навчанню та розширенню знань (*взаємодія*); 3) сприятливе навчальне середовище має поєднувати виклики з підтримкою, стимулюючи учнів до саморозвитку та досягнень (*виклики та підтримка*); 4) людина має можливість вибирати, бути самостійною у вирішенні проблем та досягати особистих цілей (*задоволення потреб*); 5) навчальні матеріали та завдання мають бути зорієнтовані на реальні життєві ситуації та зацікавлення учнів (*автентичність*); 6) успішне навчання відбувається тоді, коли людина відчуває, що її зусилля призводять до результатів та досягнень; 7) спільна робота й обмін досвідом з іншими людьми сприяють ефективному навчанню та розвитку (*співробітництво*).

Теорія самовизначення (Self-determination theory) зосереджується на мотивації вибору, який люди роблять без зовнішнього впливу та втручання. Це припускає, що задоволення трьох основних психологічних потреб – *автономії* (сприйняття себе як рушійної сили свого вибору та дій), *компетентності* (сприйняття себе як особи, що володіє необхідними навичками та знаннями для виконання поставленого завдання) та *спорідненості* (позитивна соціальна взаємодія з іншими людьми) є необхідними для підтримання внутрішньої мотивації до стійких змін у поведінці та досягнення благополуччя. У контексті пацієнт-центрованого підходу автономія пацієнта може бути досягнута через виявлення й визначення перспектив пацієнта; надання інформації про хворобу та варіанти лікування; уникнення контролю лікаря над пацієнтом та підтримку ініціативи пацієнтів щодо змін [8].

Попередні дослідження, засновані на теорії самовизначення, показали, що медичні працівники можуть приймати стиль взаємодії з пацієнтом, більше підтримувати його потреби й, отже, мотивувати, або стиль, який більше перешкоджає задоволенню потреб і, отже, демотивує [6].

Важливо, щоб постачальники освітніх послуг обирали стиль спілкування, який підтримує автономію та мотивацію пацієнтів. Спосіб підтримки автономії полягає у відкритому, цікавому та гнучкому ставленні до вподобань, поглядів і цінностей пацієнтів. Він включає такі практики, як надання вибору, обґрунтування прохання або запропонованої зміни поведінки, перевірка опору змінам і підтримка ініціативи пацієнтів. Цей стиль характеризується використанням заохочувальної мови

та уважністю, визнанням виражених емоцій пацієнта. Стиль, що підтримує автономію, розвиває в пацієнтів відчуття самостійності та вибору [6].

Структурний спосіб підтримки мотивації (наприклад, мотиваційне інтерв'ю) пацієнта зосереджується на саморегуляції та довірі. Саморегуляція в контексті теорії самовизначення стосується здатності індивіда обробляти й інтерналізувати зовнішні мотиваційні чинники та використовувати їх для керування своєю поведінкою. Дослідники розрізняють чотири різні типи зовнішньої мотивації та пов'язаного з нею стилю регулювання від найменш автономного зовнішнього регулювання до інтегрованого регулювання, у якому зовнішні мотиваційні чинники стають повністю відповідними власним цілям і цінностям індивіда. Структурний спосіб підтримки мотивації полягає в переданні чітких очікувань і інструкцій, щоб пацієнти знали, до чого вони мають прагнути в лікуванні та/або управлінні своїм хронічним захворюванням.

Повідомлені очікування та цілі узгоджуються з рівнем навичок пацієнтів і, якщо необхідно, надаються покрокові інструкції для досягнення цих очікувань і цілей. Нарешті, під час структурування пацієнтів заохочують визначити власні сильні сторони та шукати рішення в межах своїх можливостей, сприяючи саморефлексії. У структурному стилі взаємодії фахівець спостерігає за процесом навчання пацієнтів і надає допомогу, заохочення та конструктивний зворотний зв'язок на цьому шляху, щоб сприяти самоефективності пацієнтів. Стиль структурування розвиває в пацієнтів відчуття впевненості у здатності впоратися зі своїм хронічним захворюванням і досягти бажаних змін поведінки, пов'язаної зі здоров'ям [6]. Цей підхід підкреслює, що для мотивації до змін потрібен час, і жодне переконання не буде успішним у створенні позитивних змін у поведінці, які збережуться впродовж тривалого часу, допоки це переконання не стане інтерналізованим.

Зазначені способи спільної взаємодії між пацієнтами та надавачами освітніх послуг дозволяють пацієнтам взяти відповідальність як за свій вибір, так і за його наслідки для здоров'я, а отже й задовольнити потреби в автономії, компетентності та спорідненості.

Визнання та заохочення досвіду пацієнтів є ключовим аспектом **теорії розширення повноважень** (Empowerment Theory) пацієнтів для отримання більшого контролю над своїм життям. Розрізняють розширення можливостей особистості та громади. Індивідуальне розширення можливостей стосується насамперед здатності людей ухвалювати рішення та контролювати своє особисте життя. Розширення прав і можливостей громади передбачає спільну дію окремих осіб для отримання більшого впливу та контролю над детермінантами здоров'я та якості життя в їхній громаді [8; 15].

Індивідуальне розширення повноважень вважається бажаним результатом пацієнт-орієнтованого підходу при хронічних неінфекційних захворюваннях. Процес розширення повноважень ґрунтується на постановці особисто значущих цілей; підвищенні самоефективності, розширенні знань і навичок, ужитті заходів для досягнення цілей та обмірковуванні плану дій з їх реалізації. Розширення повноважень пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями сприяє кращому усвідомленню своєї життєвої ситуації, власних сильних сторін і потреб; підвищенню самооцінки та почуття контролю над хворобою; зменшенню негативних почуттів; кращим навичкам поінформованого ухвалення щоденних рішень щодо самообслуговування та здатності людини змінювати поведінку [8].

Дослідження визначають процес розширення повноважень пацієнта як траєкторію руху від пацієнта як пасивного одержувача інформації до пацієнта – активного партнера сфери охорони здоров'я. Насамперед формується мікрорівень повноважень, який включає психологічне розширення повноважень пацієнта, що виявляється у сприйнятті пацієнтом себе як здатного свідомо впливати на свою поведінку в сприятливому для здоров'я напрямку. Самоефективність пацієнта позитивно впливає на його впевненість об'єктивно оцінювати свої знання та когнітивні здібності у сферах медичної грамотності.

На цій основі починає з'являтися інтерактивний елемент розширення повноважень пацієнтів із метою передання наявних знань і когнітивних здібностей спільноті пацієнтів з подібною хронічною хворобою через посередницькі структури, такі як неформальні організації/групи пацієнтів (вебпортали пацієнтів, соціальні медіа).

Активна участь пацієнтів у різних групах для обміну своїми знаннями та досвідом сприяє критичному усвідомленню власної хронічної хвороби та здоров'я, що має вирішальне значення для використання знань пацієнтів і формування їх задоволеності від ухвалення щоденних рішень, пов'язаних з їхньою хворобою. Далі розширення повноважень пацієнтів еволюціонує зі сфери психологічного розширення повноважень до сфери розширення повноважень громади через створення або вступу до громадських організацій, які розробляють різноманітні програми для реалізації цілей, пов'язаних зі здоров'ям, зосереджуючись на своїх сильних сторонах і використовуючи колективні зусилля [15].

Модель імовірнісної обробки інформації (Elaboration Likelihood Model) – це дуальна модель подвійного процесу формування і/або зміни ставлення. Коли обробка інформації призводить до зміни ставлення, це називається переконанням. Модель припускає, що люди обробляють надану інформацію на основі їхнього рівня мотивації та когнітивних здібностей, пов'язаних із проблемою, що розглядається, одним із двох можливих шляхів залежно від обсягу (більше або менше) обробки: якщо є висока мотивація та/або когнітивна здатність, то вибір буде на користь центрального маршруту (деталізована обробка інформації); якщо є низька мотивація та когнітивна здатність, то вибір на користь периферичного шляху (поверхнева обробка). На рівень мотивації та когнітивних здібностей можуть вплинути індивідуальні (наприклад, особиста актуальність повідомлення, потреба у пізнанні) та ситуаційні (наприклад, відволікання, настрої, попередні знання, повторення повідомлення тощо) чинники [12].

Незалежно від обраного шляху, оброблення повідомлення викликає когнітивні відповіді, що є каталізаторами або посередниками в формуванні та/або зміні ставлень. Слід особливо відзначити, що модель постулює, що ті самі умовні змінні прийнятого маршруту (тобто попередні знання, повторення повідомлення, відволікання, настрої тощо) можуть зміщувати обробку повідомлення, впливаючи на валентність (позитивна чи негативна) створеної когнітивної відповіді. Що стосується результатів, то згідно з моделлю ставлення, сформоване або змінене в результаті центральної обробки інформації, буде більш стійким з плином часу і більш передбачуваним для поведінкових реакцій (намірів), ніж те, що є результатом периферичного оброблення інформації [12].

Виходячи з моделі імовірнісного оброблення інформації, для мотивованих пацієнтів необхідно подавати релевантну інформацію з великою кількістю аргументів. Причому сильні (інформативні, корисні, цінні та переконливі) аргументи будуть підвищувати позитивне ставлення до певної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, тоді як слабкі аргументи навпаки – призведуть до зниження позитивного ставлення. Утім необхідно зважити, що якщо пацієнти є мотивованими, але вважають, що тематика інформаційного повідомлення є для них неактуальною незалежно від кількості та якості наведених аргументів, то єдиним способом змінити ставлення пацієнта є збільшення повторюваності повідомлення. У такому разі повторюваність буде периферичним сигналом, що сигналізуватиме про доцільність звернення уваги на повідомлення та більш глибокий його аналіз. Якщо зміст повідомлення є релевантним до потреб пацієнта, але він є недостатньо мотивованим, то змінити ставлення пацієнта можна шляхом підвищення значимості/авторитетності носія/джерела повідомлення (високий рівень обізнаності, досвіду, довіри тощо). Як значущі носії можуть виступати медичні експерти, родичі, інші пацієнти, які успішно справляються зі своєю хворобою, тощо.

Вибору конкретних методів, прийомів і технік терапевтичної освіти може сприяти **модель «колесо змін поведінки»** (behaviour change wheel, модель BCW), що включає: у центрі – «систему поведінки» (здатність, можливість і мотивацію – «система COM-B»),

оточену 9 функціями інтервенції (навчання, переконання, заохочення, примус, тренування, обмеження, реструктуризація середовища, моделювання, уможливлення), а потім 7 категоріями стратегій (комунікація / промоція поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, рекомендації, фіскальні, регулятивні, законодавчі, середовищно-соціальне планування, надання послуг). Згідно з цією моделлю фізичних здібностей можна досягти через розвиток фізичних навичок унаслідок тренування; психологічні здібності можуть бути досягнуті через передання знань або розуміння, тренування емоційних, когнітивних та/або поведінкових навичок; рефлексивна мотивація може бути досягнута через збільшення знань і розуміння, викликаючи позитивні (або негативні) почуття щодо поведінкової цілі; автоматична мотивація може бути досягнута за допомогою асоціативного навчання, яке викликає позитивні (або негативні) почуття та імпульси чи протіімпульси, пов'язані з цільовою поведінкою, імітаційне навчання, формування звички; подолання об'єктивних середовищних бар'єрів може бути досягнуто за рахунок зміни фізичного або соціального оточення [10].

Під час розроблення та технічного оформлення дидактичних матеріалів слід дотримуватися рекомендацій, наданих профільними медичними асоціаціями, які враховують когнітивні здібності пацієнтів до оброблення інформації, а також основні ідеї моделі імовірнісного оброблення інформації.

Висновки. Комплексні програми терапевтичної освіти пацієнтів мають обов'язково включати три виміри: 1) *емоційний вимір*, спрямований на допомогу в управлінні почуттями та емоціями, які відчувають пацієнти під час адаптації до нового стану здоров'я – хронічної неінфекційної хвороби та нових умови життя, пов'язаних із нею (психосоціальна адаптація до хвороби); 2) *когнітивний вимір*, спрямований на задоволення потреб пацієнта у знанні, розумінні та осмисленні хвороби, способів її лікування, можливого перебігу хвороби та моніторингу стану здоров'я; 3) *поведінковий вимір*, спрямований на зміну поведінки пацієнта таким чином, щоб якомога ефективніше керувати хворобою та досягти бажаного рівня якості життя на основі його емоційної та когнітивної реакції, а також соціального та фізичного середовища.

Емоційний вимір програми терапевтичної освіти пацієнтів доцільно будувати на основі моделі залучення пацієнта до збереження здоров'я. Когнітивний вимір спирається на засади теорії запланованої поведінки, моделі віри в здоров'я, теорії самовизначення, теорії розширення можливостей, модель імовірнісної обробки інформації. Поведінковий вимір ґрунтується на основних положеннях соціально-когнітивної теорії, теорії самоефективності, транстеоретичної моделі зміни поведінки, теорії самовизначення, теорії розширення повноважень.

Під час реалізації програми терапевтичної освіти пацієнтів із неінфекційними хворобами доцільно дотримуватися загальних принципів андрагогіки та теорії розширення можливостей.

Теоретично обґрунтований підхід для вибору освітніх інтервенцій у програмах терапевтичної освіти пацієнтів включає 4 етапи: 1) вивчення того, які зміни поведінки потрібні пацієнтам і медичним працівникам для ефективного сприяння самообслуговуванню; 2) визначення перешкод і чинників, що сприяють зміні поведінки; 3) визначення методів зміни поведінки та способів їх доставки для подолання бар'єрів і заохочення до змін; 4) визначення кінцевих показників зміни поведінки.

У виборі методів, прийомів і технік терапевтичної освіти в межах кожного виміру стане в нагоді метод «колесо змін поведінки», шляхи ефективного використання якого можуть стати предметом подальшого наукового пошуку.

Список використаних джерел:

1. Ісаєва Г. С., Рєзнік Л. А., Вовченко М. М., Бураковська О. О., Ємельянова Н. Ю. Вплив групового та індивідуального навчання пацієнтів на ефективність контролю факторів серцево-судинного ризику. *Український кардіологічний журнал*. 2019. 26, № 1. С. 61–71.

2. Ткаченко В., Чистяков Д., Кузеванова М. Клінічна ефективність терапевтичної підготовки в лікуванні хворих на остеоартроз із надмірною масою тіла в практиці сімейного лікаря. *Здоров'я суспільства*. 2022. Т. 6 (1–2). С. 29–36.
3. Barbosa H. C., de Queiroz Oliveira J. A., da Costa, J. M., de Melo Santos R.P., Miranda L. G., de Carvalho Torres H., ... & Martins, M. A. P. Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: an integrative review of the literature. *Patient education and counseling*. 2021. Vol. 104 (4). Pp. 689–702.
4. Conner M., Norman P. Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models. McGraw-hill education (UK). 2015. 439 p.
5. Cooper H., Booth K., Fear S., Gill G. (2001). Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient education and counseling*. 2001. Vol. 44 (2). Pp. 107–117.
6. Duprez V., Vansteenkiste M., Beeckman D., Verhaeghe S., Van Hecke A. Capturing motivating versus demotivating self-management support: Development and validation of a vignette-based tool grounded in Self-determination Theory. *International journal of nursing studies*. 2021. Vol. 116.
7. Graffigna G., Barello S. Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): a psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. *Patient preference and adherence*. 2018. Vol. 12. Pp. 1261–1271.
8. Hudon C., Fortin M., Haggerty J., Loignon C., Lambert M., Poitras M. E. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient education and counseling*. 2012. Vol. 88(2). Pp. 170-176.
9. Jaarsma T., Strömberg A., Dunbar S. B., Fitzsimons D., Lee C., Middleton S., ... Riegel B. Self-care research: How to grow the evidence base? (reprint). *International journal of nursing studies*. 2021. Vol. 116, 103903.
10. Murphy K., Berk J., Muhwava-Mbabala L., Booley S., Harbron J., Ware L., ... Levitt N. S. Using the COM-B model and Behaviour Change Wheel to develop a theory and evidence-based intervention for women with gestational diabetes (IINDIAGO). *BMC Public Health*. 2023. Vol. 23(1), 894 p.
11. Noordman J., Heijmans M., Poortvliet R., Groene O., Ballester M., Ninov L., ... Wagner C. Identifying most important contextual factors for the implementation of self-management interventions: a Delphi study. *Patient Education and Counseling*. 2023. Vol. 114, 107843.
12. Ruckert E., Beissner K. (2019). Patient Education: Implications for Physical Therapist Practice. *Guccione's Geriatric Physical Therapy E-Book*, 240.
13. Skivington K., Matthews L., Simpson S. A., Craig P., Baird J., Blazeby J. M. et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021; 374, 2061
14. Vainauskienė V, Vaitkienė R. Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021. Vol. 18(5): 2247.
15. Vainauskienė V., Vaitkienė R. Enablers of patient knowledge empowerment for self-management of chronic disease: an integrative review. *International journal of environmental research and public health*. 2021. Vol. 18(5), 2247 p.

References:

1. Isayeva, G. S., Reznik, L. A., Vovchenko, M. M., Buryakovska, O. O., & Yemelyanova, N. Yu. (2019). Vplyv hrupovoho ta indyvidualnoho navchannia patsientiv na efektyvnist kontroliu faktoriv sertsevo-sudynnoho ryzyku [The effect of group and individual training of patients on the effectiveness of controlling cardiovascular risk factors]. *Ukrainian Journal of Cardiology*, 26 (1), 61–71. doi: <http://doi.org/10.31928/1608-635X-2019.1.6171> [in Ukrainian].
2. Tkachenko, V., Chistyakov, D., & Kuzevanova, M. (2022). Klinichna efektyvnist terapevtychnoi pidhotovky v likuvanni khvorykh na osteoartroz iz nadmirnoiu masoiu tila v praktytsi simeinoho likaria [Clinical effectiveness of therapeutic training in the treatment of patients with osteoarthritis with excessive body weight in the practice of a family doctor]. *Public health*, 6 (1–2), 29–36. doi: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.6.1-2.2017.122029> [in Ukrainian].
3. Barbosa, H. C., de Queiroz Oliveira, J. A., da Costa, J. M., de Melo Santos, R. P., Miranda, L. G., de Carvalho Torres, H., & Martins, M. A. P. (2021). Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: an integrative review of the literature. *Patient education and counseling*, 104 (4), 689–702. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.011> [in English].
4. Conner, M., & Norman, P. (2015). *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models*. McGraw-hill education (UK) [in English].

5. Cooper, H., Booth, K., Fear, S., & Gill, G. (2001). Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient education and counseling*, 44(2), 107–117 [in English].
6. Duprez, V., Vansteenkiste, M., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2021). Capturing motivating versus demotivating self-management support: Development and validation of a vignette-based tool grounded in Self-determination Theory. *International journal of nursing studies*, 116, 103354. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.019> [in English].
7. Graffigna, G., & Barello, S. (2018). Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): a psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. *Patient preference and adherence*, 12, 1261–1271. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S145646> [in English].
8. Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J., Loignon, C., Lambert, M., & Poitras, M. E. (2012). Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient education and counseling*, 88(2), 170–176. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.009> [in English].
9. Jaarsma, T., Strömberg, A., Dunbar, S. B., Fitzsimons, D., Lee, C., Middleton, S., & Riegel, B. (2021). Self-care research: How to grow the evidence base? *International journal of nursing studies*, 116, 103903. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103903> [in English].
10. Murphy, K., Berk, J., Muhwava-Mbabala, L., Booley, S., Harbron, J., Ware, L., & Levitt, N. S. (2023). Using the COM-B model and Behaviour Change Wheel to develop a theory and evidence-based intervention for women with gestational diabetes (IINDIAGO). *BMC Public Health*, 23(1), 894. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15586-y> [in English].
11. Noordman, J., Heijmans, M., Poortvliet, R., Groene, O., Ballester, M., Ninov, L., & Wagner, C. (2023). Identifying most important contextual factors for the implementation of self-management interventions: a Delphi study. *Patient Education and Counseling*, 114, 107843. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107843> [in English].
12. Ruckert, E., & Beissner, K. (2019). Patient Education: Implications for Physical Therapist Practice. *Guccione's Geriatric Physical Therapy E-Book* [in English].
13. Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., & Blazeby, J. M. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, 2061. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061> [in English].
14. Vainauskienė, V., & Vaitkienė, R. (2021). Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(5), 2247. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052247> [in English].
15. Vainauskienė, V., & Vaitkienė, R. (2021). Enablers of patient knowledge empowerment for self-management of chronic disease: an integrative review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2247. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052247> [in English].

Shmalyey S. V.,
orcid.org/0000-0002-4673-6617
Redka I. V.,
orcid.org/0000-0002-9620-9452
Karliychuk M. A.,
orcid.org/0000-0002-6225-4204

THEORETICAL FRAMEWORKS OF DEVELOPING THERAPEUTIC EDUCATION PROGRAMS FOR PATIENTS

The article delves into the significance of therapeutic patient education as a pivotal component of managing patients with chronic non-communicable diseases, aiming to enhance their quality of life and alleviate the burden of illness. Understanding the interplay between behaviour and health is a crucial factor in making informed health-related decisions, representing a coveted outcome of therapeutic patient education.

The objective of the article was to systematize the theoretical frameworks to develop therapeutic education programs tailored to patients with chronic non-communicable diseases.

Comprehensive therapeutic education programs should encompass three dimensions: emotional, cognitive, and behavioral. The emotional dimension of such programs should be structured around the patient health engagement model. The cognitive dimension draws upon principles from the theory of planned behaviour, health belief model, self-determination theory, empowerment theory, among others.

Meanwhile, the behavioral dimension is rooted in foundational tenets of social cognitive theory, self-efficacy theory, transtheoretical model of behavior change, self-determination theory, and empowerment theory.

In the implementation of therapeutic education programs, adherence to overarching principles of andragogy and the empowerment theory is advisable. The theoretically informed approach to selecting educational interventions comprises four stages: assessing the need for behavior change, identifying barriers and facilitators, selecting methods for behavior change, and defining outcome indicators for behavior change.

In the selection of methods, techniques, and strategies for therapeutic education, the "behavior change wheel" methodology proves beneficial.

When developing and structuring educational materials, it is imperative to heed the recommendations provided by relevant medical associations, as well as the fundamental principles of the elaboration likelihood model. Association recommendations take into consideration the cognitive capacities of patients for processing information.

Key words: therapeutic education, patient, educational intervention, self-help, self-regulation, engagement, motivation, social cognitive theory, behaviour change models.

Дата надходження статті: 27.12.2023 р.

Рецензент: доктор педагогічних наук, професор Білавич Г. В.

УДК 378.147.31+614.253.4

DOI <https://doi.org/10.37915/pa.vi55.509>

Бабчук Л. Р.*,

orcid.org/0009-0002-7997-5355

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ОНЛАЙН ЛЕКЦІЙ З МЕДИЧНОЇ ХІМІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ПЛАТФОРМИ MICROSOFT TEAMS

Статтю присвячено особливостям проведення лекцій онлайн. Традиційно основною формою навчання в закладах освіти є аудиторні заняття. Від початку епідемії коронавірусу освітянам усього світу довелося шукати нові альтернативні шляхи викладання з урахуванням потреби обмеження контактів між учасниками освітнього процесу. На сьогодні нового значення набули технології дистанційного навчання. Згодом світове освітнє співтовариство повернулося до аудиторної форми навчання. Проте в лютому 2022 року в нашу країну прийшла повномасштабна війна, й постали нові виклики щодо гарантування безпеки навчального процесу. Керівництвом навчальних закладів України, залежно від безпекової ситуації в регіоні, ухвалюються рішення щодо формату проведення навчального процесу – аудиторного, змішаного, дистанційного. Під час змішаної форми навчання практичні, семінарські й лабораторні заняття проводяться в аудиторіях, а лекції – онлайн. Актуальною проблемою на сьогодні є вибір технологій, які дозволять забезпечити доведення навчального матеріалу здобувачам освіти в дистанційній формі в максимально зручному для них форматі із забезпеченням належного рівня викладання навчальних дисциплін. Під час проведення досліджень було визначено, що при дистанційній чи змішаній формі навчання сучасні інформаційні технології мають бути основою сучасного освітнього простору в кожному навчальному закладі незалежно від географічного положення, форми власності, рівня акредитації. Також було встановлено особливості проведення онлайн лекцій з медичної хімії з використанням корпоративної платформи Microsoft Teams, застосування якої сприятиме доведенню навчального матеріалу здобувачам освіти в дистанційній формі в максимально зручному для них форматі із забезпеченням при цьому належного рівня викладання навчальної дисципліни.

Ключові слова: медична хімія, змішана форма навчання, онлайн, лекція, корпоративна платформа Microsoft Teams, онлайн-навчання, мультимедійна презентація, цифровізація.

*© Бабчук Л. Р.